Rok XLII. Kraków 7 Lutego 1903. Nr. 6.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. O sposobie działania wyskoku na czynność gruczołów trawieńcowych

Podał

Dr. L. Popielski

docent fizyologii.

Oddawna wiadomą jest rzeczą, że pod wpływem wyskoku czynność wydzielnicza gruczołów trawieńcowych się wzmaga. Jednak pytanie, w jaki sposób odbywa się to działanie, zostało dopiero w ostatnich czasach rozstrzygnięte.

Jeżeli do żołądka doprowadzimy wyskok w postaci wódki lub w jakiejkolwiek innej postaci, to wkrótce spostrzegamy wzmożone wydzielanie soku żołądkowego.

O sposobie działanina wyskoku możemy wyrazić dwa przypuszczenia: 1) albo wyskok działa miejscowo, drażniąc zakończenia nerwowe w błonie śluzowej żołądka, a więc wywołuje wydzielinę soku żołądkowego w sposób odruchowy; 2) albo bywa on przedewszystkiem wchłoniętym do krwi i dopiero wtedy działa na gruczoły trawieńcowe bądź bezpośrednio, bądź przez pośrednictwo układu nerwowego. Na korzyść działania odruchowego wyskoku pozornie przemawiają doświadczenia doktora Zawrjewa[1]), wykonane pod kierukiem J. Pawłowa w pracowni fizyologicznego Instytutu medycyny doświadczalnej. Dr. Zawrjew przeprowadził swoje badania na dwóch małych psach z małym żołądkiem, izolowanym według metody Heidenheina-Pawłowa. Wprowadzając do dużego żołądka rozmaite ilości 95% wyskoku i pozostawiając w nim w przeciągu 5 minut, po upływie których wyskok był usunięty, zauważył autor, że z małego żołądka wydziela się sok żołądkowy w znacznej ilości, przewyższającej nawet ilość soku, wydzielającego się w postaci soku t. zw. „psychicznego“ pod wpływem jedzenia mięsa. W niektórych doświadczeniach po usunięciu wprowadzonego do żołądku wyskoku, pozostawało w przewodzie pokarmowym zaledwie 5 sz. ctm³, a wydzielanie soku żołądkowego następowało znaczne. Podobne doświadczenie wykonał autor z wyskokiem o słabszej koncentracyi, z 40%, a nawet 10%. Jednocześnie z wzmnożoną wydzieliną soku żołądkowego autor spostrzega w niektórych doświadczeniach obfitą wydzielinę śliny, silne zaniepokojenie zwierzęcia, skowyczenie, mętny wzrok — jednem słowem zwykłe objawy upicia się zwierzęcia.

Oczywiście, że tylko co przytoczone objawy upicia się, mogły służyć za dostateczne wskazówki, że wydzielina soku żołądkowego jest tylko wyrazem ogólnego zatrucia wyskokiem, który z żołądka lub kiszek przeszedł do krwi. Dr. Zawrjew jednak uważa wyskok za swoisty bodziec błony śluzowej żołądka, a wydzielinę soku żołądkowego za odruchową. Na dowód swojego poglądu autor przytacza jedno doświadczenie, w którem po wprowadzeniu psu do odbytnicy 200 ctm.³ 10% wyskoku, nie zauważył w przeciągu dwóch godzin żadnej wydzieliny soku żołądkowego. Doświadczenie to nie może być uważane za rozstrzygające, albowiem autor nie przytacza żadnych wskazówek co do ogólnego stanu ustroju psa pod wpływem wprowadzonego do odbytnicy wyskoku, a mianowicie dr. Zawrjew nic nie wspomina, czy pies znajdował się w stanie upicia, które na tyle działa przygnębiająco na tkanki narządów, że w pierwszych dwóch godzinach może nie nastąpić żadna wydzielina soku żołądkowego; również u Dra Zawrjewa nie znajdujemy żadnych wskazówek co do tego, czy na drugi dzień lub w dnie następne wydzielina soku żołądkowego nie była wzmożoną.

Doświadczenia Frouina i Moliniera[2]) przedstawione paryskiej Akademii nauk, rozstrzygają stanowczo i najzupełniej zadowalniająco zagadnienia o sposobie działania wyskoku. Wnioski tych autorów są wręcz przeciwne wnioskowi dra Zawrjewa.

Frouin i Molinier wykonali swoje doświadczenie na dwóch psach, u których żołądek był zupełnie odosobniony od reszty przewodu pokarmowego z zachowaniem jednakże w całości nerwów błędnych. Badacze ci przedewszystkiem przekonali się, że wprowadzenie 20 sz. ctm³ 30% wyskoku (kieliszek wódki) do kiszek przez usta wywołuje zawsze znaczną wydzielinę soku żołądkowego. Doświadczenia te z całą stanowczością wykazują, że wyskok nie może być uważany za „swoisty“ bodziec błony śluzowej żołądka, gdyż w doświadczeniach Frouina i Moliniera wyskok przechodzi wprost do kiszek, mijając żołądek.

Można było jednak przypuszczać, że wyskok, stykając się z błoną śluzową jamy ustnej, wywoluje wrażenia smakowe, które znowu spowodowują wydzielinę „psychicznego“ soku żołądkowego. Zarzut ten upada dlatego, że wprowadzenie wyskoku przez odbytnicę wywołuje wydzielinę soku żołądkowego.

Frouin i Molinier najpierw określili, jaka ilość soku na dobę wydziela się w warunkach prawidłowych, a następnie wprowadzili do odbytnicy 200 sz. ctm³ 20% wyskoku. Już po upływie 20 minut psy były zupełnie pijane, nie były w stanie wykonywać żadnych ruchów i wkrótce zapadły w głęboki sen. Po upływie 4 godzin u jednego z nich wydobyto z żołądka 135 sz. ctm³ (średnia ilość soku na dobę = 312 sz. ctm³), a u drugiego 22 sz. ctm³ (średnia ilość

[1]) Materyały k fiziologii i patologii żeładocznych żelioz. Dysertacya. Petersburg 1900.

[2]) Comptes rendus de l'Académie des sciences de Paris 1901.

soku na dobę = 280 sz. ctm³). Po upływie 24 godz. u pierwszego psa wydobyto 135 sz. ctm³ + 420 sz. ctm³ = 550 sz. ctm³, a u drugiego 22 sz. ctm³ + 400 sz. ctm³ = 422 sz. ctm³. Psy w przeciągu 24 godzin nic nie jadły i tylko po upływie 8 godzin dostały wody do picia. W następnych po doświadczeniu dniach wydzielina soku żołądkowego zachowywała się w następujący sposób:

U psa *A* na drugi dzień otrzymano soku żołądkowego 1100 sz. ctm³; na 3-ci dzień — 1055 sz ctm³; na 4-ty dzień 430 sz. ctm³; na 5-ty dzień — 970 sz. ctm³.

U psa *B* na 2-gi dzień — 1330 sz. ctm³; na 3-ci dzień 1350 sz. ctm³; na 4-ty dzień — 570 sz. ctm³; na 5-ty dzień 885 sz. ctm³.

Można było jednak myśleć, że wyskok działa na zakończenia nerwowe błony śluzowej żołądka, przechodząc z krwi do żołądka. Przypuszczenie to odpada dlatego, że alkohol znika z soku żołądkowego już po upływie 48 godzin, a wzmożona wydzielina soku trwa w przeciągu 5 dni. Wobec tego, że alkohol wywiera swoje działanie w przeciągu długiego czasu, autorowie wnioskują, że wyskok, przechodząc do krwi, pobudza do czynności gruczoły trawieńcowe za pośrednictwem układu nerwowego.

Tak więc dobroczynne działanie kieliszka wódki na gruczoły trawieńcowe otrzymujemy kosztem zatrucia całego ustroju, wskutek czego stosowanie wyskoku winno być tylko lecznicze, a codzienne używanie kieliszka wódki już jest n a d u ż y c i e m. Jeżeli chcemy otrzymać wzmożenie czynności wydzielniczej gruczołów trawieńcowych za pomocą wyskoku, to wystarczy używać go raz na 3—5 dni, ale pod żadnym pozorem nie codziennie.

W pracowni mojej prowadzą się obecnie badania nad działaniem wyskoku na czynność wydzielniczą trzustki; o wynikach tych badań podam na tem miejscu.

• • •

II. Kilka uwag w sprawie wykonywania zabiegów operacyjnych w ginekologii od strony powłok brzusznych i od strony pochwy.

Podał

Prof. Dr. A. Mars.

(Dokończenie).

Sprawa wycinania rakowato zmienionej macicy jest omawiana w bieżącem piśmiennictwie; idzie właśnie o operowanie jużto od strony pochwy, jużteż od strony powłok brzusznych. Jak na dzisiaj sprawa to jeszcze niedojrzała i do ostatecznego rozstrzygnięcia się nie nadaje. Sposób operowania przez pochwę jest wydoskonalony, sposób zaś operowania od powłok brzusznych dopiero jest w rozwoju. Mamy zatem dane nierówne, których z tych powodów porównywać nie należy, musimy więc nieco zaczekać. Mimo to atoli zdania się ścierać mogą bez pretensyi, aby były rozstrzygającemi, w celu rozjaśnienia bądź co bądź zagadnień zawiłych, a bardzo ważnych i doniosłych.

Wycinanie macicy rakowatej przez pochwę jest operacyą bardzo łatwą; technika operacyjna nader wydoskonalona. Wyniki operacyjne świetne, lecz co do sprawy uleczalności raka macicy niezbyt korzystne. — Nawroty cierpienia są tak częste, odsetek doszczętnego usunięcia raka tak mały, że niektórzy operatorowie popadają w zniechęcenie, a dawały się słyszeć głosy o bankructwie operacyj, zmierzających ku doszczętnemu leczeniu raka.

W obec tego naturalnem jest, że istnieje dążność do poprawy i w tej też myśli w ostatnich latach podał W e r t h e i m nową metodę, głęboko obmyślaną, w szczegółach starannie i zupełnie opracowaną, wycinania macicy rakowatej drogą utorowaną przez powłoki brzuszne — Myśl operowania raka tą drogą jest dawniejsza, a sposób operowania zalecony przez W e r t h e i m a jest zupełnie nowy. Metodą tą operowałem kilkanaście przypadków, mam do zanotowania pomyślne i niepomyślne wyniki; operowałem przypadki różne, wogóle zbyt mało, abym mógł stanowcze wypowiadać zdanie. Sprawa leczenia raka jest bardzo zawiłą i wymaga uwzględnienia różnych okoliczności. Jak na dziś możemy mówić o znaczeniu nowego zabiegu, o stronie jego technicznej, o wynikach pooperacyjnych, czy zabieg ten uprawniony i co mu rokować można. — Lecz, by mówić o znaczeniu tego zabiegu w obec kwestyi uleczalności raka macicy, musimy mieć daty statystyczne, oraz więcej przypadków operowanych i przez szereg lat obserwowanych.

Jeżeli się zastanowimy nad wycinaniem macicy rakowatej przez powłoki brzuszne i przez pochwę, to przedewszystkiem musimy przyznać, że rzecz ma się tu podobnie jak z krwistekiem pozamacicznym: mamy do czynienia z dwoma różnymi zabiegami operacyjnymi, o różnej rozległości i doniosłości.

Przez pochwę wycinamy macicę, jej przydatki i ograniczoną częśc więzów szerokich, względnie tkanki łącznej, znajdującej się w miednicy. — Jeżeli rak macicy poza te granice nie sięga jeszcze, możemy mówić o doszczętnem usunięciu raka macicy; jeżeli te granice przekroczył, operacya wycięcia macicy jest tylko zabiegiem połowicznym, lecz w mojem przekonaniu i tak dla chorej bardzo korzystnym i pożądanym.

Sposobem przez W e r t h e i m a podanym, czyli przez powłoki brzuszne, możemy wycinać nietylko macicę, ale możemy usunąć tkankę łączną w miednicy od kości do kości, możemy wyjąć chorobowo zmienione gruczoły pozaotrzewnowe.

Jeżeli jest możebnem doszczętne usunięcie raka przez wycięcie macicy przez pochwę, jeżeli jest możebnem trwałe wyleczenie drogą od pochwy, a wiemy z piśmiennictwa, że to jest możebne, to przyznać musimy, że sposobem W e r t h e i m a powinno się to udawać częściej i pewniej, gdyż się posługujemy zabiegiem o daleko szerszym zakroju.

Jeżeli rzucimy okiem wstecz na rozwój leczenia operacyjnego raka macicy, to łatwo spostrzedz możemy, że wszelkie usiłowania operatorów dążyły ile możności do jaknajdokładniejszego i najobszerniejszego wycięcia części rakowato schorzałych. — Rozwój ten dokonywał się szybko, prawie za naszej pamięci, przed naszemi oczyma.

Najpierw wypalano albo niszczono raka środkami żrącymi, później odcinano części rakowato zmienione, usuwano część pochwową macicy. Gdy to się okazało niedostatecznem, powstała operacya lejkowatego wycinania szyi macicy H e g a r a; dalej amputacya nadpochwowa S c h r o e d e r a, dalej wycięcie całkowite macicy, a gdy i to niewystarczyło, dodano jeszcze wycięcie przydatków macicy i tkanki sąsiedniej, o ile to tylko przez pochwę było możebne. Wyniki trwałego wyleczenia raka macicy wykazują, że wprawdzie

trwałe wyleczenie możebne, ale sposoby dzisiejsze są niedostateczne, więc że jeszcze dalej nam iść należy.

Istnieją usiłowania, by rozszerzyć działanie operacyjne od strony pochwy i udogodnić przystęp do pola operacyjnego przez rozcięcie pochwy na boki; zapewne, tym sposobem więcej zrobić możemy: można więcej wyciąć tkaniny obok macicy, ale tylko do pewnych granic, a oprócz tego stajemy blisko możebności obrażenia narządów sąsiednich z braku przejrzystości pola operacyjnego. Dzisiaj doszliśmy już tak daleko, że chcąc rozszerzyć zakres naszej działalności operacyjnej wobec raka macicy, droga od strony pochwy nam niewystarcza. Najbliższą myślą jest: operowanie od strony powłok brzusznych, przeniesienie pola operacyjnego do jamy brzucha.

Operacya zalecona przez Wertheima nie jest niczem więcej, jak jednym krokiem dalej na tej drodze, którą w sprawie leczenia raka macicy od lat wielu kroczymy. Krok stanowczy, rozstrzygający, mogący stanowić chwilę przełomową w historyi leczenia operacyjnego tego cierpienia.

Dotychczasowe wyniki, uzyskane sposobem Wertheima, jak już kilkakrotnie zaznaczono, odnoszą się do bardzo jeszcze ograniczonej liczby przypadków.

Wertheim ogłosił wyniki uzyskane w 90 przypadkach, w trzech seryach po 30:

z pierwszej seryi zmarło	12	przypadków	czyli	40%
z drugiej „ „	5	„	„	16 6%
z trzeciej „ „	3	„	„	10%.

Dość spojrzeć na te liczby, aby przyjść do przekonania, że wyniki nowego zabiegu są coraz lepsze. Jeżeli można było po dzień dzisiejszy obniżyć odsetek śmiertelność z 40% na 10%, musimy mieć nadzieję, że ten odsetek dalej obniżać się będzie w miarę wydoskonalenia techniki operacyjnej i leczenia pooperacyjnego. — Śmiertelność 10% nie o wiele przekracza odsetek śmiertelności, jaki podają niektórzy autorowie w przypadkach wycinania macicy przez pochwę.

Samo to spostrzeżenie wystarcza do wypowiedzenia zdania, że zabieg Wertheima ma warunki do rozwoju i jest zupełnie usprawiedliwiony.

Co do techniki operacyjnej, to aczkolwiek operacya Wertheima w szczegółach jest obmyślana i opracowana, muszą zajść zmiany, które na wyniki operacyjne wpływ wywrzeć będą musiały. Wertheim sam, jak to z jego publikacyi widoczne, poczynił już pewne zmiany i w szczegółach operuje dzisiaj nieco odmiennie, jak to czynił zrazu. Wiemy nadto, że się już pojawiły metody, które dążą do poprawienia zabiegu Wertheima, a autorowie, którzy tym sposobem operują, czynią poprawki, prawie każdy na swoją modłę.

Nie możemy pominąć okoliczności, że Wertheim operuje wszystkie przypadki, w których zabiegi operacyjne jeszcze wykonać się dają, a zatem i bardzo niekorzystne, jak to widzieć można z opisu poszczególnych jego operacyj, oraz z tej okoliczności, że po otwarciu jamy brzucha przekonywał się, że przypadek już się do operowania nie nadawał.

Z pomiędzy chorych, które się do nas zgłaszają, tylko pewna część przypadków raka macicy nadaje się wogóle do zabiegów operacyjnych, druga zaś część dotyczy takich przypadków, które są tak daleko posunięte, że o operowaniu ich mowy być nie może.

Pod tym względem stosunki różnie się przedstawiają i tak n. p. Doederlein podaje, że z pomiędzy chorych, które się do niego zgłaszały, 45% nadawało się jeszcze do operacyjnego leczenia. Schauta i Chrobak podają ten odsetek dla Wiednia na 15.

Metodą Wertheima zakres możebności operowania stanowczo się rozszerza. Doederlein, operując sposobem Wertheima, doszedł do tego, iż operował 60% chorych, które się do niego w tym czasie zgłosiły. Wertheim podaje, że w I seryi przypadków operował 29% kobiet, które się do niego z rakiem macicy zgłosiły; w II seryi 40%, a w III seryi 52·9%.

Tym liczbom sądzę, także nie można odmówić znaczenia.

Świat naukowy przyjął zrazu operacyę Wertheima z pewnem niedowierzaniem, jak to zwykle bywa wobec rzeczy nowych. Rosthorn, który operował kilkadziesiąt przypadków, wcale nie wyrażał się zachęcająco na Zjeździe ginekologów w Giessen. — Od niejakiego atoli czasu widać w piśmiennictwie zwrot ku tej metodzie. Doederlein podaje, że operował 26 przypadków, z których stracił 6. Zweifel operował 21, stracił 4. Są to wysokie odsetki śmiertelności; atoli śmiertelność w pierwszej seryi Wertheima była daleko wyższa.

Okoliczność, że przy pomocy metody Wertheima możemy rozszerzyć wskazania do wycinania rakowatej macicy, a nawet i uzyskane pomyślne wyniki operacyjne, co do śmiertelności, nie mogą przesądzać jeszcze, jaki będzie wynik odsetkowy trwałego wyleczenia raka macicy. Lepszych wyników spodziewaćby się należało, ale, jak powiedziałem, dziś jeszcze przesądzać trudno, trzeba poczekać.

Dlatego też głosy, potępiające tę metodę są niewątpliwie przedwczesne. Między zdaniami niechętnemi dla tej metody czytałem zarzut, że niektórzy operatorowie ze względów oportunistycznych operują w klinikach metodą Wertheima, a w praktyce prywatnej przez pochwę. Bardzo poważne podstawy musiały autora skłonić do wypowiedzenia tak ciężkiego zarzutu; oportunizm taki, jeżeli istnieje, stanowczo potępiam. Na 12 kobiet, które operowałem, 8 było takich, które się zgłosiły jako chore kliniczne, 4 zaś z praktyki prywatnej. Z tych ostatnich 1 operowałem prywatnie, a 3 przyjąłem na klinikę.

Chociaż mnie ten zarzut obchodzić osobiście nie może, to przecież muszę wziąć nieco w obronę kolegów operujących, do których on był wymierzony.

Pomijam już okoliczność, że szpitale i kliniki są zakładami gdzie się wydoskonalały zawsze zabiegi operacyjne, które potem stawały się własnością i dobrodziejstwem ogółu, ważniejszem sądzę jest to, że odgrywają tu rolę bardzo ważną warunki społeczne chorej osoby.

Osoba, której zamożność starczy na stałą opiekę lekarską i na to, aby miała środki i przybory niezbędne do leczenia, nawet nie operowana może całe miesiące a nawet i lata być w stanie stosunkowo znośnym utrzymana, pomimo raka macicy. Osoba taka ma mniej do stracenia i więcej się u niej z niebezpieczeństwem zabiegu liczyć należy. Przeciwnie osoba biedna, mieszkająca zdala od lekarza i od miasta, pozbawiona opieki lekarskiej, a wiemy, że jako nieuleczalna, do szpitala przyjętą być nie może, znajduje się ku schyłkowi życia w stanie bardzo opłakanym. Kto widział

te krwotoki, wobec których rodzina stoi bezradna, i czuł te cuchnące wyziewy, wydzielające się z legowiska takiej chorej, słyszał narzekania, widział rozpaczliwe położenie jej i otoczenia, ten przyznać musi, że ta osoba nie ma tak wiele do stracenia i że nawet ryzykowniejsza operacya jest dla niej dobrodziejstwem, jeżeli stan znośniejszy sprowadzić może.

Wycięcie macicy rakowatej oprócz tego, że może doprowadzić do doszczętnego wyleczenia, przynosi chorym operowanym bardzo często nawet w przypadkach nawrotu cierpienia wielką korzyść, na którą autorowie zbyt mało zwracają uwagi. Korzyść doniosłą w tych nawet przypadkach, gdzie rak daleko bardzo już posunięty i gdzie nie mamy wiele nadziei na doszczętne wyleczenie i spodziewamy się nawrotu na pewno. Korzyść ta polega na tem, że rak zewnętrzny, rozpadający się, zostaje zamieniony w razie nawrotu cierpienia na raka wewnętrznego. Tym sposobem usuwamy krwotoki i cuchnące odchody, a osoba taka, chociaż wreszcie ginie na raka, czasem się nawet do śmierci nie domyśla przyczyny cierpienia. Nadto jestem stanowczo przekonany, że przez usunięcie rozpadu i krwotoków przedłużamy niewątpliwie życie takiej osoby. Ta korzyść, niestety, nie ujawnia się we wszystkich operowanych przypadkach, ale tam, gdzie się ujawnia, ma doniosłe znaczenie. Liczyć zaś na nią możemy więcej w tych przypadkach, w których doszczętniej usuwamy raka miejscowo.

Kierunek dzisiejszy, aby operować raka ile możności doszczętnie i dążność przeniesienia pola operacyjnego z pochwy do jamy brzucha, nie przesądza o tem, iż przyjdzie czas, że będziemy się starać przenieść pole operacyjne z jamy brzucha do pochwy, a będzie to miało miejsce wówczas, gdy będziemy umieli raka rozpoznawać wcześnie i gdy się będą do nas zgłaszać osoby w samym początku cierpienia. Nawoływanie w tym kierunku jest bardzo słusznem i przyniosło już dobre wyniki, bo niektórzy autorowie podają, że pomiędzy zgłaszającemi się osobami zwiększa się odsetek przypadków, nadających się do zabiegów operacyjnych.

Do tego atoli, aby tym sposobem poprawić wyniki doszczętnego wyleczenia raka, jeszcze daleko i na razie musimy dążyć jeszcze ile możności do jak najrychlejszego i najdoszczętniejszego wycinania raka.

Między zarzutami wyczytałem jeszcze jeden, którego dobrze nierozumiem, a mianowicie: że operatorowie, którzy pragną wycinać zbyt wielkie włókniaki przez pochwę, a równocześnie chcą operować raka macicy przez powłoki brzuszne, postępują nielogicznie.

Przyznaję się do tego, że włókniaki, które równie doszczętnie i skutecznie można operować tą lub inną drogą, będę się starał operować zawsze przez pochwę, o ile to tylko będzie możebne, gdyż to zabieg mniej niebezpieczny i sądzę, że to naturalne i logiczne. — Z drugiej strony, kiedy przekonuję się, że wycinanie macicy rakowatej przez pochwę jest niewystarczające i nie usuwa choroby dostatecznie, będę wycinał macice od strony powłok brzusznych, jeżeli ten sposób jest więcej wystarczający i usuwa cierpienie doszczętniej, mimo że operacya tą drogą może być nieco niebezpieczniejszą i sądzę, że to logiczne. Wobec tego zarzut, którego istotnie nie rozumiem, uważam za nieuzasadniony.

Zdaje mi się, że tymi wywodami dostatecznie naszkicowałem wzajemny stosunek dróg, których w dzisiejszej ginekologii najczęściej używamy w celach operacyjnych, t. j. drogi od strony pochwy i od strony powłok brzusznych — Drogi te wzajemnie się nie wykluczają, ale uzupełniają. — Pewne przypadki możemy operować tylko od strony powłok brzusznych, inne tylko od strony pochwy.

W tych, które można operować obu drogami, ilekroć chcemy operować doszczętnie i rozlegle, należy wybierać drogę od strony powłok brzusznych; natomiast ilekroć o to tylko idzie, aby obrać drogę bezpieczniejszą, należy operować od strony pochwy.

* * *

III. Z oddziału laryngologicznego i z zakładu anatomii patologicznej w Krakowie.

W sprawie rozpoznawania tętniaków tętnicy głównej.

Podał
Dr. Franciszek Nowotny,
asystent oddziału

(Dokończenie).

II. *Jan M.*, l. 36, starszy strażnik skarbowy z Pasiecznej. Przyjęty do szpitala dnia 22 lutego 1902 r. Nieżonaty; rodzice pomarli w podeszłym wieku; troje rodzeństwa zdrowe. W r. 1892 uległ zakażeniu kiłowemu; leczenie przeciwkiłowe (60 wcierań szarej maści). Obecne cierpienie, t. j. duszność miała się rozpocząć nagle napadem w dniu 19 kwietnia 1901; napad ten duszności miał trwać dwa tygodnie, przez cały ten czas chory nie mógł leżeć, lecz pozostawał w pozycyi siedzącej. Po tym czasie nastąpiło małe polepszenie; od tej pory chory stale cierpiał na duszność miernego stopnia. W sierpniu 1901 r. były znowu dwa napady duszności, po których utrzymuje się stałe pogorszenie. Z powodu duszności chory od kilku miesięcy nie może już oddawać się obowiązkom swego zawodu.

Stan obecny: Chory dobrze zbudowany i dobrze odżywiony. Duszność znaczna, szczególnie wydechowa: nieznaczne ruchy fizyczne, jak np. spokojne chodzenie, wzmagają ją tak znacznie, iż wydaje się, że natychmiast będzie potrzebną tracheotomia. W spokoju duszność wprawdzie znaczna, ale nieco mniejsza. Przy przechylaniu choremu głowy w tył, podmiotowo i przedmiotowo duszność się zmniejsza. Badanie płuc wykazuje: po stronie lewej od przodu przytłumienie, sięgające od obojczyka do 5-go żebra, w kierunku zaś poprzecznym od linii środkowej mostka na szerokość mniejwięcej czterech palców na lewo; zresztą wypuk wszędzie jawny. W miejscu przytłumienia nieznaczne wygładzenie przestrzeni międzyżebrowej. Serce bez zmian; tony czyste — akcya serca prawidłowa. Tętno dobrze napięte, 90. Ciepłota nie podwyższona. Szmery oddechowe pęcherzykowe, zaostrzone; po stronie lewej z tyłu rzężenia i furczenia średniobańkowe. Kaszel napadowy dość gwałtowny, szczekający.

W nosie i gardle zmian niema. Krtań zewnętrznie prawidłowa; objaw Olivera-Cardarelli wyraźny (tętnienie wyczuwalne przy obmacywaniu chrząstki tarczykowej i pierścieniowej). Badanie wziernikiem wykazało: krtań prawidłowa, ruchomość obu więzadeł zupełnie prawidłowa, tchawica w górze wolna Ścianę lewą tchawicy widać aż do samego zwężenia; na niej można rozróżnić dokładnie pojedyncze chrząstki; ściany prawej w zwierciadle zupełnie nie widać. Zapomocą tracheoskopu Killiana widać, że prawa ściana tchawicy w miejscu zwężenia, to jest u dołu ponad rozdziałem tchawicy, wtłacza się w postaci wzniesienia, różowawo zabarwionego. Zwężenie przedstawia się we wzierniku jakby pochodzące od wypuklenia się ku światłu tchawicy jej ściany prawej i tylnej. Szpara wązka, (szerokość 2—3 m.) owalna, ułożona skośnie od strony lewej i tyłu ku prawej i przodowi. Badanie promieniami Roentgena wykazało guz, leżący po stronie lewej od mostka, wyraźnie wszechstronnie tętniący.

Rozpoznanie: *Aneurysma arcus aortae* Podano: *Kali jodatum 20·0: 300·00* dwie łyżki dziennie i wziewania z 2% *Natrium bicarbonicum.*

Od dnia przyjęcia, t. j. od dnia 22 lutego do 8 marca stan taki sam; dopiero 8 marca w nocy nastąpiło wzmożenie

się duszności; rano duszność wysokiego stopnia wdechowa i wydechowa tak, że musiano przystąpić zaraz do tracheotomii (Prof. Pieniążek).

Po zrobieniu tracheotomii *(tr. superior)* założono choremu w pozycyi ze zwieszoną głową wziernik tchawiczy. Badanie wykonane tym wziernikiem wykazało: ściana lewa i ściana przednia wypuklone ku światłu tchawicy; ściana przednia nieznacznie, ściana lewa na znacznej przestrzeni wybitnie; ściana prawa wypukła się dopiero nad samym klinem podziału i to w swej części tylnej; w przedłużeniu tchawicy widać tylko oskrzele prawe i to dość głęboko; wejście do niego szerokie, dopiero przy silnem przesunięciu wziernika ku stronie lewej widać klin podziału i wejście do oskrzela lewego. Wejście to jest szparowate, zasłonięte zupełnie wpukloną lewą ścianą tchawicy. Powierzchnia wypuklonej ściany lewej gładka, żywo czerwono zabarwiona; strona prawa i tylna ściana tchawicy nieznacznie przekrwiona. Ściana lewa wybitnie tętni; tętnienie to jest tak silne, iż wyraźnie udziela się wprowadzonemu wziernikowi; również wybitnem jest tętnienie klinu podziałowego tchawicy.

Założono długą rurkę elastyczną, sięgającą prawie aż do podziału; oddech swobodny, szmery oddechowe po obu stronach jednakowego natężenia. Po operacyi ciepłota 38·2.

10 marca. Z powodu trudności w wykrztuszaniu zasychającej wydzieliny pogorszenie oddechu, a po wziewaniach polepszenie.

11 marca. Pogorszenie się oddechu; po założeniu kaniuli mniej głęboko, nastąpiło polepszenie.

12 marca. Wieczorem tegoż dnia znowu zwiększenie się duszności; badanie wziernikiem tchawiczym wykazało na ścianie prawej tchawicy, mniejwięcej poniżej połowy jej wysokości zwieszający się i przy ruchach oddechowych poruszający się strzęp oddzielonej błony śluzowej; strzęp ten wyjęto szczypczykami tchawiczemi. Założono znowu długą kaniulę elastyczną, ale już nie tak głęboko, jak poprzednio; oddech dość dobry. Chory czuje się znacznie osłabionym tak utrudnionym oddechem, jak i bezsennością; przeważnie siedzi i ma wejrzenie nieco charłacze. Ciepłota 38·3, tętno 108, regularne, dobrze napięte. W płucach po obu stronach świsty, furczenia, grubo bańkowe tchawicze rzężenia.

13 marca. Najlepszy jeszcze oddech przy niezbyt głęboko założonej rurce; gdy chory chce odkaszinąć, wpycha ją sobie sam głębiej; — duszność, choć nieznaczna, nawet przy kaniuli. Chory coraz bardziej osłabiony, nie je, nie śpi, dzień i noc przeważnie siedzi, twarz jego przybiera coraz bardziej wejrzenie charłacze. Ciepłota 38·2.

14 marca. Chory żali się bardzo na długą rurkę; założono mu więc krótką, zwykłą, ale już po pół godzinie musiano ją znowu zmienić na długą, elastyczną. Badanie tchawicy wykazało: ściana lewa mniej się wpukla, niż przedtem; szpara w miejscu zwężenia owalna, idąca od tyłu i od strony lewej ku przodowi i ku stronie prawej. Głębi tchawicy wraz z podziałem dokładnie obejrzeć nie można. Ciepłota wieczorna 39·2, tętno 108. Chory narzeka na strzykające bóle w ręce prawej i pod łopatką prawą.

15 marca, 1902 r. Ciepłota poranna 39·4, zresztą *status idem*. O godzinie $3^1/_2$ popołudniu krwotok z tchawicy (około 100 sz. ctm.) i następowy silny napad duszności tak, iż chory posiniał i na krótki przeciąg czasu stracił przytomność. Po wykrztuszeniu krwi nastąpiło polepszenie. Przy badaniu wziernikiem tchawiczym widać silne wtłaczanie się ścian tchawicy przy wdechu prawie aż do zupełnego ich zetknięcia się. Założono długą, elastyczną kaniulę. Szmery oddechowe po stronie lewej znacznie osłabione, w górze w tyle na wysokości kąta łopatki szmery oddechowe oskrzelowe, zresztą rzężenia średnio- i grubo bańkowe, oraz furczenia. Od godziny 4-tej do 10-tej chory stosunkowo dobrze oddychał, o godzinie 10-tej wieczór nagły krwotok śmiertelny.

Sekcya, wykonana w zakładzie anatomii patologicznej, wykazała oprócz rozlanego rozszerzenia części wstępującej i łuku aorty, dwa tętniaki. Jeden tętniak, wypełniony skrzepami warstwowymi, ściśle do ściany przylegającymi, wychodzi ku stronie lewej, wypuklając się ku lewej jamie opłucnowej. Drugi tętniak, worczasty, mierzący w średnicy około 8 ctm., o szyjce szerokiej (6×4 ctm.), zawierający również skrzepy, które częściowo od ściany odstają, wychodzi ku stronie prawej i tyłowi, ugniatając na tchawicę i do niej przebijając. Tchawica w części dolnej prawie bezpośrednio ponad rozdziałem wygięta ku stronie prawej; ściana tchawicy od strony lewej i przodu wypuklona ku wnętrzu przez tętniak; wypuklenie to mierzy w kierunku pionowym 4 ctm., w poprzecznym 3 ctm.; na niem znajduje się wrzód wielkości korony; w środku dna wrzodu otwór wielkości fasoli, łączący światło tchawicy z wnętrzem tętniaka. Naprzeciw, to jest od strony tylnej i prawej znajduje się na wewnętrznej powierzchni tchawicy wrzód odleżynowy wielkości fasoli, sięgający prawie do chrząstki. Lewe oskrzele ma kształt i przebieg prawidłowy. W oskrzelach i w płucach aspirowana krew.

W przypadku tym przed tracheotomią za tętniakiem przemawiały: przebyta kiła (jako przyczyna tętniaka), przytłumienie po stronie lewej, nieznaczne wypuklenie klatki piersiowej w tejże okolicy, najbardziej zaś obraz Roentgenoskopowy; przy tracheoskopii zaś stwierdzenie silnego tętnienia lewej ściany tchawicy, udzielającego się wybitnie wprowadzonemu wziernikowi tchawiczemu, a potem długiej kaniuli, usuwało już prawie wszelkie wątpliwości. Duszność trwająca od dłuższego czasu mogła służyć tylko jako dowód obecności jakiegoś guza śródpiersia, uciskającego tchawicę; powodem zaś napadów zwiększonej duszności było prawdopodobnie zwiększenie się pojemności guza skutkiem wzmożenia się parcia krwi wśród niego.

W obu opisanych przypadkach założenie długiej elastycznej kaniuli, mijającej miejsce zwężone, spowodowało w krótkim czasie odleżynę i szybsze przebicie tętniaka do światła tchawicy; kaniula, ratując chorego przed śmiercią z uduszenia, równocześnie przyspiesza przebicie tętniaka, co jest rzeczą znaną, a jednak wobec bezpośredniego niebezpieczeństwa uduszenia jest chwilowym ratunkiem. Dlatego też w przypadku drugim zrobiono tracheotomię dopiero *in ultimis,* w pierwszym wcześniej, myślało się bowiem o zserowaciałym gruczole. Zwrócić jeszcze należy uwagę na brak porażenia nerwu zwrotnego, chociaż szczególnie w przypadku II-gim były do tego dostateczne warunki, oraz na wybitnie charłaczy wyraz twarzy chorego, który nasuwał myśl nowotworu śródpiersia i na charakterystyczny napadowy szczekający kaszel.

Podnieść chciałbym jeszcze niestosunek pomiędzy obrazem miejsca zwężonego, widzianym przy tracheoskopii górnej, a rzeczywistością. Przez tracheoskop widzieliśmy, że prawa ściana tchawicy ponad miejscem zwężenia w samym dole wpuklała się w światło tchawicy. Wytłómaczenie dało nam badanie wziernikiem tchawiczym po wykonaniu tracheotomii, a potem nekroskopia. Tchawica wygięta była przez tętniak ku stronie prawej, zaraz ponad podziałem; przed kątem więc wygięcia widoczna mogła być tylko ściana lewa, usuwała się zaś z przed naszego wzroku strona prawa, poniżej kąta zaś odwrotnie tak, iż przy tracheoskopii górnej się wydawało, jakby zwężenie pochodziło od wypuklenia się ściany prawej; wypuklenie się ściany lewej u dołu, będące istotną przyczyną zwężenia, było niewidoczne, zakryte zagiętą ścianą prawą; znać jednak było wtłoczenie się ściany lewej w całej dolnej połowie tchawicy.

Wreszcie wyrażam serdeczne podziękowanie J. W. Prof.

BIBLIOTHECA VNIV. IAGELL. CRACOVIENSIS

Pieniążkowi i Browiczowi tak za odstąpienie mi materyału, jak i za cenne wskazówki pomocne mi do jego opracowania.

Sprostowanie. W Nr. 5 na str. 60, szpalta I w. 4 od dołu i szpalta II w. 17 i 24 od góry zamiast »przedniej«, czytaj »tylnej«

IV. Oceny i sprawozdania.

Max Bauer. **Das Geschlechtsleben in der deutschen Vergangenheit.** (2 Auflage. Leipzig 1902. Herrmann Seemann Nachfolger. Str. 366).

Wielokrotne nakłady książek podobnej treści niczego nie dowodzą, jak to doświadczenie poucza, gdyż zawsze znajduje się dostateczna liczba czytelników, szukających jedynie rzeczy działających na zmysły i przypuszczających, że to, czego szukają, znajdą, wnioskując z tytułu, w podobnych książkach. Inaczej ma się rzecz z pracą, którą mamy przed sobą. Zmysłowi znajdą wprawdzie w niej dosyć bodźców dla swych nerwów; lecz celem autora było zupełnie coś innego. Wziął on sobie za zadanie zaznajomić czytelnika przedewszystkiem z prawdą historyczną, a tylko gdzie wymagała tego potrzeba, nie wzdrygał się przed odsłonięciem nagiej prawdy, nie licząc się bynajmniej z okolicznością, że mógł nią czasem i całe stany dotknąć. Po wytkniętej drodze mógł autor z całą stanowczością i konsekwencyą kroczyć, gdyż zawsze miał do rozporządzenia dowody archiwalne, a gdzie mu tego brakło, umiał zawsze powołać się na wiarygodnych historyków, kronikarzy, lub klasycznych świadków. W ten sposób powstała bardzo poważna książka, w której, jak w kalejdoskopie, przesuwają się przed naszemi oczyma obrazy z życia na wsi, w klasztorze, w małżeństwie i poza niem. Że te obrazy z przeszłości germańskiej nie zawsze dla niemców korzystnie wypadają, temu nie tyle winien autor, ile raczej jego zamiłowanie do wypowiedzenia nagiej prawdy. Treści książki nie wyczerpaliśmy jednakowoż jeszcze całkowicie, gdyż Bauer postanowił sobie zająć się wszystkiem, co na zmysłowość ludzką działa. Mamy tu na myśli dawne instytucye łaźni i panujące w nich zepsucie, tańce i zabawy, sposób ubierania się i pozyskiwanie sobie miłości przy pomocy czarownic. Lecz i tem jeszcze nie ogarnęliśmy całkowitej treści dzieła, gdyż autor wytknął swojej pracy, która ma nam dać dokładny obraz jednej strony historyi cywilizacyi niemieckiej, dosyć obszerne granice.

W ten sposób pojęta treść może rzeczywiście przynieść niejedną korzyść i może stanowić bardzo ważny i zajmujący przyczynek do historyi naszej nauki i doczekać się wielu ponownych wydań. *Dr. Lachs.*

V. Wyciągi.

Hirschlaff. **O surowicy przeciw zatruciu morfiną i jej podobnemi truciznami.** (*Berliner klinische Wochenschrift* 1902, Nr. 49, 50). Dla wytworzenia tej surowicy użył autor królików, które względnie łagodnie oddziaływają na morfinę. Czas zastrzykiwań wynosił trzy tygodnie do pięciu miesięcy; autor wyrabiał dwojaką surowicę: jedną, wziętą ze zwierząt nazajutrz po ostatniem zastrzyknięciu, drugą ze zwierząt, które przebyły najpierw blizko czterotygodniowy okres odzwyczajania się od morfiny. Do doświadczeń służyły króliki, a w dalszym ciągu myszy, dla których, jak to stwierdził H., 0,01 morfiny jest dawką bezwarunkowo śmiertelną. Zatrucia śmiertelnego nie wstrzymało też zastrzyknięcie myszom o dzień przedtem 1 ctm.³ surowicy króliczej prawidłowej, podczas gdy po zastrzyknięciu 1 ctm.³ surowicy przeciwmorfinowej myszy zniosły 0,01 morfiny i więcej; przyczem surowica drugiego rodzaju okazała prawie tę samą siłę ochronną, jak pierwsza. W ten sposób zostało udowodnione, że przez dłuższe stosowanie coraz większych dawek morfiny powstają we krwi istoty ochronne, mogące uodpornić inne zwierzęta przeciw zatruciu śmiertelnemu, a nawet kilkakrotnie wyższemi dawkami morfiny, podobnie jak surowice, wytworzone przeciw jadom bakteryjnym.

W czasie tych doświadczeń zdarzył się także przypadek, który posłużył dla sprawdzenia tej surowicy u człowieka, a mianowicie u dozorczyni, która wypiła 7,45 nastoju makowca, odpowiadającego 0,066 morfiny. Ponieważ skutek makowca polega po największej części na zawartości morfiny, wstrzyknął jej H. w godzinę po zatruciu 6 ctm.³ swojej surowicy przeciwmorfinowej; objawy zatrucia trwały jeszcze cztery godziny, poczem chora spała spokojnie i przebudziła się nazajutrz zupełnie zdrową. (Lecz, czy 0,06 morfiny stanowi dwukrotną dawkę śmiertelną i czy równoczesne stosowanie oliwy kamforowej, oraz eteru kamforowego i pół mgr. atropiny, przepłókiwanie żołądka, dwie filiżanki mocnej kawy i oprowadzanie chorej — nie jest żadną znaczącą terapią, jak twierdzi autor? wydaje się zbyt wątpliwem. *Uwaga sprawozdawcy*). H. stosował także surowicę swoją w pięciu przypadkach morfinizmu przewlekłego, lecz skutek jej również nie był przekonywający i autor sam wyznaje, że nie może z tak małej liczby prób wiele wnioskować. Bądźcobądź zastrzykiwanie 5 ctm.³ surowicy morfinowej nie wywołało tu najmniejszych objawów miejscowych lub ogólnych i nie było też żadnych cięższych objawów odzwyczajania od morfiny. Autor wyraża nadzieję, że dalsze badania doświadczalne i lecznicze wykażą może skuteczność tej surowicy wobec zatrucia ostrego i przewlekłego morfiną, a także przeciw objawom, występującym podczas odzwyczajania od morfiny u ludzi. *Dr. Fels.*

Stäter. **Nowy środek przeciwko odleżynom.** (*Münchener med. Wochenschrift* Nr. 35, 1902). Poduszki wypełniane powietrzem lub wodą, używane w tym celu, by uwolnić od ucisku odleżałe okolice ciała, mają tę wadę, że działanie ich jest skuteczne tylko wtedy, jeśli chory leży spokojnie. Jak tylko chory się ruszy, lub na bok położy, wtenczas miejsce odleżałe ociera się o brzeg poduszki i w ten jest sposób drażnione. Autor zaleca dla tego rodzaju chorych taki podkład, któryby odpowiadał każdemu położeniu chorego. Jest to poduszka zrobiona z filcu o szerokości 10 ctm., a długości 12 ctm., mająca wewnątrz otwór o średnicy 7 ctm. Na górnej powierzchni jest pokryta masą lipką, zapomocą której przylepia się do ciała i przylega dość mocno tak, że pozostaje przyczepiona do skóry nawet wtedy, gdy chory się porusza, lub z boku na bok przewraca. Od sześciu miesięcy robi autor z tą poduszką próby, które go doprowadziły do bardzo dobrych wyników: odleżyna goi się w ciągu kilku dni bez żadnego leczenia, ból ustaje już po przyklejeniu poduszeczki, a chory nie jest zmuszony leżeć zawsze w jednem i temsamem położeniu. Pomysł ten niema żadnych ujemnych stron. *B. Żmigród.*

Orlipski. **Przyczynek do bezkrwawego leczenia stulejki.** (*Münchener med. Wochenschrift* Nr. 35, 1902). O. gorąco popiera myśl bezkrwawego leczenia stulejki, zaleconą w Nrze 7 tegoż czasopisma przez Wenzla, opierając się na swem doświadczeniu. Postępuje podobnie jak Wenzel: wchodzi szczypczykami (pensetą) przez ujście w napletku i rozszerza je tak długo, aż się daje wprowadzić rozszerzadełko w rodzaju wziernika nosowego z okienkiem, które to rozszerzadełko zaopatrzone jest w śrubkę, pozwalającą je zwężać lub rozszerzać. Pozostawia się je przez pięć minut, a rozszerza się niem w różnych płaszczyznach. Rozszerzadło może się składać także z czterech płatów, a wtedy rozszerza się równocześnie we wszystkich kierunkach. Po kilku posiedzeniach wynik jest znakomity i to na czas dłuższy. *B. Żmigrod.*

Graeser. **Przyczynek do bezkrwawej operacyi stulejki.** (*Münchener med. Wochenschrift* Nr. 37, 1902). Autor potwierdza wyniki Orlipskiego co do naciągania napletka w przypadkach stulejki. Używa zazwyczaj kleszczyków (kornzangi), zapomocą których naciąga napletek dwa razy dziennie przez kilka minut w różnych kierunkach i doprowadza do tego, że w krótkim stosunkowo czasie daje się napletek z łatwością przez żołądź przeprowadzić. Inteligentni chorzy mogą sobie po pouczeniu ich własnoręcznie naciągać, a przed bardzo energicznem i forsownem naciąganiem chroni ich ból, zwykle przytem powstający. *B. Żmigród.*

Prof. T. Rovsing. **Leczenie przerostu gruczołu krokowego.** (*Archiv Langenbecka* T. 68, Z. 4, 1902). Z teoryi, usiłujących wytłómaczyć przerost gruczołu krokowego, żadna zdaniem R. nie wytrzymuje krytyki. Najdłużej zastanawia się on nad teoryą, bronioną zwłaszcza przez Ciechanowskiego, tłómaczącą ostatecznie przerost gruczołu krokowego, jako zejście *prostaditis gonorrhoicae*. Nie powtarzając wywodów R., nadmieniamy, że ostatecznie dochodzi autor nawet do tego wniosku, że te dwie sprawy *prostatitis gonorrhoica* i *hypertrophia prostatae* wzajemnie się wykluczają. Na gruzach obalonych teoryi stawia autor w końcu swoją, wedle której przerost gruczołu krokowego jest bujaniem odruchowem, wywołanem w celach wyrównania starczej niewydolności w energii za-

płodniania, w tem znaczeniu, że przyroda przez ilościowe wzmożenie wydzieliny stercza stara się równoważyć jej jakościowo obniżającą się wartość. Do takiego wniosku doprowadza autora dokładne spostrzeganie 126 przypadków. Konsekwentnie postępując, przypisuje autor największą wartość leczniczą w tem cierpieniu zabiegom, wykonanym na jądrach, względnie powrózkach nasiennych. Po zniszczeniu bowiem jąder, względnie przecięciu powrózka nasiennego, gdy ustanie wytwarzanie plemników, stercz traci racyę bytu i zanika. Na swoich pacyentach wykonał autor pięć razy wytrzebienie, 40 razy wycięcie powrózków nasiennych. Z wyników, osiągniętych tą drogą, jest bardzo zadowolony. W pierwszej grupie, podobnie jak i w drugiej, osiągnął 60% wyleczeń, nadto w drugiej osiągnął 22% wybitnego polepszenia. Zaledwie 10% chorych nie doznało żadnej ulgi. U tych, a częściowo i u poprzednich, stosował inne zabiegi, jak: operacyę Bottiniego, częściową prostatektomię nadłonową i cystostomię. Operacya, nazwana prostatektomią częściową nadłonową, opracowaną została przez autora i ma zastosowanie tam, gdzie badanie cystoskopowe wykaże wyłączny lub przeważny przerost zrazu środkowego stercza. Wówczas z cięcia nadłonowego poprzecznego (Trendelenburg) odsłania i otwiera pęcherz ponad sterczącym do pęcherza płatem, nacina błonę śluzową, wyłuszcza na tępo tkankę gruczołową, odgniata ją u podstawy i w końcu ponad jamką zeszywa błonę śluzową. Z operacyi Bottiniego R. bardzo niezadowolony. Użył jej 14 razy: 2 chorych wyleczył, u 5 osiągnął poprawę, u 6 nastąpiło wyraźne pogorszenie, a jeden chory skutkiem operacyi umarł. Zatem nie uzna nigdy tej operacyi za zabieg prawidłowy i sądzi, że wskazania dla niej istnieją tylko tam, gdzie zawiodą inne metody, a na operacyę krwawą z otwarciem pęcherza chory się nie zgadza.

Jak z dotychczasowego streszczenia wynika, R. jest eklektykiem. W przypadkach, połączonych z nieznacznym ilościowo moczem pozostającym, lub ostrem całkowitem zatrzymaniem moczu, za najodpowiedniejsze uważa systematyczne cewnikowanie. Nie osiągamy wprawdzie tym sposobem trwałego wyleczenia, lecz powtarzając je od czasu do czasu, skutecznie chronić możemy chorego od cięższych powikłań i konieczności poważniejszego zabiegu.

U chorych z wielką ilością moczu pozostającego, bez objawów ostrej retencyi, cewnikowaniem nic nie zyskamy. R. uważa wasektomią za zabieg najodpowiedniejszy.

Gdzie stan powyższy wikła się z nieżytem pęcherza i skłonnością do krwawień z kruchego gruczołu krokowego, tam wskazaną jest czasowa cystostomia, działająca objawowo, skombinowana z późniejszą wasektomią, mającą działać doszczętnie.

W ostateczności dopiero, gdy i tą drogą nic nie zyska, ucieka się R. do metody Bottiniego. A gdy i ta, co najczęściej bywa, zawiedzie, pacyentom niezamożnym zakłada stałą przetokę pęcherzową, zamożnym zaś oddaje do rąk cewnik do stałego użytku.

Innych metod R. nie próbował, więc też wspomina o nich tylko pobieżnie.

(Nowa teorya, uważająca przerost gruczołu krokowego za sprawę kompensacyjną, w Rovsingu ma już drugiego wyznawcę, a nie jak autor mniema, pierwszego. Na parę lat bowiem przed nim podobne zapatrywanie wyraził Dr. M. Friedländer w książce: *Die Krankheiten der männlichen Harnorgane* na str. 187. *Przypisek referenta*). *Herman.*

Dr. Berger. **O uszkodzeniach śledziony i ich leczeniu chirurgicznem.** (*Archiv für klin. Chir. Langenbecka* T. 68, Zeszyt 3 i 4, 1902). W wyczerpującej monografii omawia B. najpierw t. zw. podskórne obrażenia śledziony, dzieląc je na stłuczenia i pęknięcia. Stłuczeniom śledziony towarzyszy często gorączka, której tłem mogą być sprawy zapalne (septyczne), lub rozniecenie zakażenia zimniczego. Następstwem urazu może być: zapalenie okołośledzionowe, ropnie i torbiele, a nawet obumarcie całego narządu z następowem zapaleniem otrzewnej, oczywiście śmiertelnem. Niekiedy po tępych urazach spostrzegano obrzęk śledziony, lub śledzionę wędrującą. Podobne uszkodzenia spostrzegano przeważnie u dzieci i robotników, u których śledziona była już powiększona skutkiem zakażenia zimniczego, lub innych chorób zakaźnych. Wówczas wystarczał już bardzo nieznaczny uraz, aby spowodować uszkodzenie narządu. Przeciwnie, śledziona niezmieniona pęka dopiero po bardzo gwałtownych urazach. Ztąd też tym ostatnim uszkodzeniom z reguły towarzyszą obrażenia innych narządów wewnętrznych, podczas gdy pierwsze ograniczają się do samej śledziony. Mechanizm podskórnych obrażeń śledziony tłómaczymy wzmożonem parciem hidraulicznem, przegięciem śledziony w którąkolwiek stronę poza granicę elastyczności, zmiażdżeniem między dwoma stałymi punktami, lub wreszcie zranieniem przez złamane żebro. Na objawy kliniczne składają się wstrząs, deskowaty skurcz powłok brzusznych i oznaki krwotoku wewnętrznego, zatem objawy wspólne wielu innym obrażeniom śródbrzusznym. Więc rozpoznajemy tylko z pewnem prawdopodobieństwem. O ile chory nie ulega bezpośrednio śmierci ze skrwawienia, obawiać się trzeba w najbliższej przyszłości zakażenia otrzewnej.

Następnie przechodzi B. do zranień śledziony powikłanych, raną powłok, lub raczej przeciwnie. Rany postrzałowe odznaczają się skłonnością do krwotoków następowych (rozdarcie zlepów i zrostów, sprawy ropne itd.). Często tym obrażeniom towarzyszą sprawy zakaźne w jamie otrzewnowej, opłucnowej itd., nie mówiąc już o rozległych obrażeniach narządów innych, zawartych w tych jamach, zkąd wynikające objawy nierzadko wysuwają się na plan pierwszy. Rzadziej narażoną bywa śledziona skutkiem ran kłótych lub ciętych, lecz wtedy częściej wypada na zewnątrz — powikłanie, będące, jak wiadomo, bez większych niebezpieczeństw, skoro na 40 odpowiednich chorych jeden tylko umarł i to skutkiem przeoczenia rany śledziony.

Zaledwie w 48·2 przypadków uszkodzenia śledziony myśleć możemy o leczeniu, gdyż 51·8% umiera w pierwszych paru godzinach, zanim lekarz wogóle pomyśli o możliwej terapii. Większość autorów radzi wykonać laparotomię, w każdym choćby tylko podejrzanym przypadku, a potem albo wyciąć śledzionę, albo ranę w niej zeszyć, względnie przypalić jej brzegi, lub też wytamponować. Wybór metody zależeć będzie od rozmiarów uszkodzenia, istniejących zrostów, stanu narządu i stanu ogólnego. Statystyka obecna przedstawia się, jak następuje:

Splenektomia: pęknięcie śledziony, przyp. 67, wyleczonych 38 (56·7%), umarło 29 (4·33);

rany postrzałowe śledziony, przyp. 6, wyleczonych 2 (33·3%), umarło 4 (66·7%);

rany kłóte śledziony, przypadków 7, wyleczonych 5 (71·4%), umarło 2 (28·6%).

Splenorafia: pęknięcie śledziony, przyp. 2, wylecz. 1 (50) umarło 1 (50);

rany postrzałowe śledziony, przyp. 2, wyleczonych 1 (50), umarło 1 (50%);

rany kłóte śledziony, przyp. 10, wylecz. 10 (100%).

Tamponada: pęknięcie śledziony, przyp. 6, wylecz. 5 (83·3%), umarło 1 (16·7%);

rany postrzałowe śledziony, przyp. 3, wylecz. 3 (100%).

rany kłóte śledziony, przyp, 1, wylecz. 1 (100%).

Herman.

Ziwert. **Przypadek wrodzonej rozstrzeni oskrzeli u chorego z odwrotnem ułożeniem trzew.** (*Russkij Wracz* 1902, Nr. 38). Z. spostrzegał w klinice prof. Wagnera (Kijów) rzadki przypadek wrodzonej rozstrzeni oskrzeli. Chory od urodzenia miewał częste napady kaszlu; napady kończyły się wykrztuszaniem $^1/_4$—$^1/_3$ szklanki płynnej ropiastej plwociny. Rozpoznanie stwierdzały również wyniki wypuku i przysłuchu. Wada rozwojowa w postaci wrodzonej rozstrzeni oskrzeli była w przypadku Z. powikłaną z całkowitym odwrotnym układem trzew. *Witold Orłowski* (Ptbg.).

Gos. **Przypadek morowego zapalenia opon mózgowych.** (*Russkij Wracz* 1902, Nr. 41). W piśmiennictwie dotychczas ogłoszono zaledwie cztery przypadki morowego zapalenia opon mózgowych; we wszystkich tych przypadkach zapalenie opon mózgowych stanowiło powikłanie gruczołowej postaci moru; w jednym zaś sprawa chorobowa była rozpoznaną tylko na sekcyi. W przypadku G. chory przedstawiał wszystkie objawy zapalenia opon mózgowych, bez zajęcia jednak płuc i gruczołów, zwykle towarzyszącego morowi. Badanie bakteryologiczne po śmierci wykazało w płynie rdzeniowym laseczniki moru w umiarkowanej ilości; morskie świnki i myszy, zakażone płynem rdzeniowym, wykazywały po śmierci typowy obraz moru z laseczników Yersina.

Witold Orłowski (Ptbg.).

Fawr. **Próba zakażenia człowieka zimnicą przez ukłócie komara z rodziny** *anopheles.* (*Russkij Wracz* 1902, Nr. 43). F. użył dla swoich doświadczeń komarów *anopheles claviger*, zakażonych krwią chorego, zawierającą mnóstwo półksiężycowatych postaci pasorzyta zimniczego. Na 11-ty dzień po zakażeniu gruczoły ślinowe tych komarów zawierały obfitą ilość sporozoidów. F. wystawił siebie na pokąsanie przez jednego z tych komarów. Na 12-ty dzień po ukąszeniu wystąpiła typowa zimnica, której pierwszy napad trwał 28 godzin; we krwi badanie wykazało tężsamą postać pasorzyta zimniczego, którą był zakażony komar. Ściśle po 48 godzinach, licząc od początku pierwszego napadu, wystąpił drugi, który trwał 33 godziny i był znacznie cięższy. Autor zapobiegł dalszym napadom przez zażywanie chlorku chininy według wskazówki Kocha. Doświadczenie to dowodzi słuszności teoryi rozpowszechnienia zimnicy przez komary i wykazuje, że dla zakażenia wystarcza

już jednorazowe ukłócie. Okres wylęgania w zimnicy wynosi, według tego doświadczenia, dni 12. *Witold Orłowski* (Ptbg.).

Bezredka. **Ochronne szczepienie moru.** *(Russkij Wracz* 1902, Nr. 43). W obecnej chwili istnieją dwa sposoby szczepień ochronnych przeciwko chorobom zakaźnym wogóle, a moru w szczególności: szczepienie surowicy i wstrzykiwania zabitych hodowli drobnoustrojów swoistych. Pierwsza metoda sprowadza odporność szybko i bez żadnych ubocznych zjawisk miejscowych i ogólnych: nabyta w ten sposób odporność jest jednak krótkotrwałą, nie trwa bowiem dłużej nad 10—15 dni. Wstrzykiwania zabitych hodowli drobnoustrojów, t. zw. szczepionki morowej Chawkina, wywołuje przeciwnie odporność długotrwałą; występuje ona jednak nie wcześniej, jak w 8—12 dniu; w przeciągu tego czasu wrażliwość względem laseczników morowych jest wzmożoną; uodpornianiu wreszcie towarzyszą objawy miejscowe i ogólne, występujące niekiedy w wysokim stopniu. Bezredce (w Instytucie Pasteura) udało się otrzymać szczepionkę przeciwmorową, która nie posiada ujemnych stron szczepionki Chawkina, sprowadzając jednocześnie odporność długotrwałą. W tym celu używa B. dwu- lub trzydobowych hodowli agarowych laseczników morowego. Powierzchnia pożywki zeskrobuje się i zmywa się rozczynem fizyologicznym; otrzymana gęsta zawiesina ogrzewa się w łaźni wodnej dla zabicia wszystkich drobnoustrojów w ciągu godziny przy ciepłocie 60° C., następnie przelewa się do wązkiego naczynia walcowatego, zawierającego pewną ilość surowicy przeciwmorowej o własnościach wysoce skupiających. Takiemi własnościami odznacza się zwykle surowica świeża, nie ogrzana. Pod wpływem surowicy drobnoustroje opadają powoli na dno i po upływie 12 godzin tworzą zbitą warstwę. Nad osadem zbiera się przeźroczysty płyn, który zlewa się drogą zlewania. Następnie osad drobnoustrojów przepłókuje się w centryfudze rozczynem fizyologicznym, nim nie zostaną wydalone najmniejsze ślady surowicy. Po dokładnem przepłókaniu (3—4 razy) otrzymujemy śnieżny osad nawpół płynny, który po dodaniu rozczynu fizyologicznego tworzy zupełnie jednolitą zawiesinę. Zawiesina ta stanowi właśnie szczepionkę przeciwmorową autora. Wstrzykiwanie jej zwierzętom nie wywołuje żadnych zjawisk miejscowych lub ogólnych, nie posiada więc ona żadnych własności trujących; odporność występuje już po 48 godzinach: przez ten czas wrażliwość uodpornionego zwierzęcia względem moru jest osłabioną. Odporność trwa długo, w każdym razie nie mniej $5^1/_3$ miesięcy, jak wykazują dotychczasowe jeszcze nie zakończone badania autora. *Witold Orłowski* (Ptbg.).

Biełogołowyj. **W sprawie przesycenia ustroju jodem.** (*Russkij Wracz* 1902, Nr. 44). Podając w 16 przypadkach jodek potasowy (1,0—3,0) B. zauważył, że u chorych z nadmierną kwasotą prędko występowały wybitne objawy przesycenia ustroju jodem. Ta wrażliwość na przetwory jodowe jest, zdaniem autora, wynikiem rozkładu jodku potasowego w razie nadmiernej wydzieliny kwasu solnego z następowem wydzieleniem w żołądku wolnego jodu. Istotnie, badając sok żołądkowy na odczyn jodo-skrobiowy, otrzymywał B. stale wyniki ujemne w razie prawidłowej lub obniżonej kwasoty soku: przeciwnie sok namiernie kwaśny dawał zawsze wybitny odczyn, tem jaskrawszy, im wyższą była kwasota: po dodaniu węglanu sodowego wynik był zawsze ujemny. Strącany wolny jod wywołuje, zdaniem autora, *in statu nascendi* objawy przesycenia jodem. Związek między nadmierną kwasotą soku żołądkowego i przesyceniem ustroju jodem stwierdzają i inne objawy uboczne; tak naprz., przetwory wilczej jagody, obniżając czynność gruczołów żołądkowych, są skutecznymi zarówno w nadmiernej kwasocie soku żołądkowego, jak i w jodyzmie. Autor więc sądzi, że nadmierna kwasota soku żołądkowego odgrywa ważną rolę w powstaniu objawów przesycenia ustroju jodem. *Witold Orłowski* (Ptbg.).

Th. Satterthwaite. **W sprawie zwężenia lewego otworu żylnego.** *(New-York Med. Journal* 10 maja, 1902. — *Journal of Amer. Med. Ass.* 24 maja, 1902). Po rozejrzeniu się w ogólnym obrazie omawianej choroby, stawia S. szereg następujących wniosków: 1) Zwężenie lewego otworu żylnego kończy się zwykle śmiercią w wieku przed 40-tu laty. 2) Kobiety są nieco więcej usposobione do tego cierpienia, niż mężczyźni. 3) W zwężeniu lewego otworu żylnego mamy zwykle wybitną sprzeczność między silnym rzutem serca, a słabem tętnem promieniowem. 4) Rzeczywisty szmer przedskurczowy w przypadkach, spostrzeganych przez autora, był stwierdzony w 15% przypadków; szmer ten zwykle się zjawia, to znów ginie, lecz najczęściej w ostatnim okresie choroby jest niesłyszalny. 5) Ma on skłonność do przybierania właściwości głośnego tarcia, lub piłowania, lecz może być jakby „przelewający się“, lub „furczący“; nieraz bywa bardzo słaby, lub niesłyszalny. 6) Przeciętnie w 40% przypadków daje się słyszeć szmer rozkurczowy różnych odcieni. 7) Szmery te najlepiej są słyszalne na dość ograniczonej przestrzeni kształtu owalnego, mającej środek w czwartem lewem międzyżebrzu, na wewnątrz od sutka i koniuszka serca, a ciągnącej się mniej więcej na jeden cal w prawo, lub w lewo. Czasami szmer ten słyszymy niżej w piątem, szóstem, nawet w siódmem lewem międzyżebrzu; rzadziej daje się on słyszeć wysoko aż do drugiego żebra z lewej strony. 8) W 10—35% przypadków mamy drzenie w tej okolicy. 9) Pierwszy dźwięk u koniuszka sercowego jest krótki i ucięty, jakby oderwany. 10) Drugi dźwięk nad tętnicą płucną u podstawy serca zwykle bywa wzmożony. 11) Czasami szmer przy drugim dźwięku bywa słyszalny u podstawy nad lewem uszkiem. 12) Z początku mamy przerost lewej komory, potem zanik jej z przerostem lewego przedsionka; później występuje rozstrzeń i przerost prawego serca. 13) Niedomykalność zastawki dwudzielnej może do pewnego stopnia towarzyszyć zwężeniu otworu żylnego. 14) Przy odróżnianiu szmeru przedskurczowego w zwężeniu lewego otworu żylnego od Flintowskiego szmeru w niedomykalności zastawek tętnicy głównej, powinniśmy się opierać raczej na „długiem sercu“ i silnem uderzeniu koniuszkowem, oraz na innych właściwościach ogólnych niedomykalności aorty, niż na objawach słuchowych. W razie, gdyby była i niedomykalność zastawek tętnicy głównej i zwężenie lewego otworu żylnego, rozpoznanie różniczkowe byłoby niemożliwem przy teraźniejszym stanie naszej wiedzy. *St. Rudzki* (Lublin).

G. Melville Dunlop. **Przypadek „chloromy“.** (*Brit. Med. Journal*, 3 maja 1902. — *Journal of Amer. Med. Ass.*, 24 maja, 1902). Autor podaje opis przypadku chloromy, — pierwszego według jego słów, rozpoznanego za życia, — i zastanawia się nad patologią tego cierpienia. Przypuszcza on, że chloroma należy wogóle do guzów o typie mięsaka chłoniastego (*lymphosarcoma*), barwa zaś zależy zapewne od jakiegoś wytworu chemicznego, dotąd nie wykrytego, który utlenia się pod wpływem światła i w procesie utlenienia traci swą barwę. Guzy te pochodzą z okostnej głowy i twarzy; jeżeli spotykają się w innych miejscach, mają pochodzenie wtórne. Przechodzą one do jamy czaszkowej, do mózgu, do narządów wewnętrznych, przyczem rozpowszechnienie się następuje bardzo szybko i powstaje odrazu wielka ilość przerzutów w całem ciele. Zbitość guzów bywa bardzo rozmaita. Pod drobnowidem składają się one z dużych okrągłych lub owalnych komórek z licznemi jądrami, a czasem i jąderkami, złożonych w międzykomórkowej masie bezkształtnej o bardzo przeźroczystem wejrzeniu, lub w wiotkiej tkance siatkowatej; w innych znów przypadkach guz bywa zmięszany z grubymi pęczkami tkanki łącznej, stanowiącymi odgraniczającą linię. W środku tej sieci znajdujemy ziarenka silnie załamujące światło, leżące wewnątrz komórek, lub między niemi.

„Chloroma“ jest chorobą przeważnie dzieci i młodzieży; częściej spotyka się u chłopców, niż u dziewcząt. Wielkie podobieństwo tego ierpienia do białaczki było zaznaczone przez Recklinghausena i Docka. Wysadzenie gałek ocznych bardzo często zdarza się w chloromie; stan ten był opisany i w kilku przypadkach białaczki. W obu tych chorobach mamy niedokrewność z petocyami, podskórne wybroczyny, krwotoki itd. Przytem spostrzegamy bardzo wybitną limfocytozę i godne uwagi zmniejszenia ilości leukocytów.

Dock wypowiada pogląd, że miejsce chloromy jest między zwykłymi przypadkami białaczki, a tymi, które Ebstein opisał jako *leucaemia acuta;* mamy również wiele faktów, — powiada on, — do stwierdzenia, że nowotwory, znajdowane w chloromie, są źródłem powstawania limfocytów, na wzór tego, jak w białaczce źródłem ich są grasica, szpik kostny i śledziona: chloroma kończy się zawsze zejściem śmiertelnem wskutek wycieńczenia; przeciętne trwanie tej choroby jest 5—6 miesięcy. *Dr. St. Rudzki* (Lublin).

Jacolyn Manning. **Przenoszenie drobnoustrojów chorobowych przez muchę domową.** (*Journal of Amer. Med. Assoc.* 17 maja, 1902). W ostatnim dziesiątku lat wśród innych owadów domowych padło podejrzenie i na muchę, że i ona pośredniczy w przenoszeniu chorób zakaźnych. Badania amerykańskiej Komisyi wojskowo-lekarskiej w czasie wojny z hiszpanami wykazały, że muchy w istocie odgrywają wielką rolę w rozpowszechnianiu duru brzusznego. Naczelny lekarz wojsk Stanów Zjednoczonych, Dr. Sternberg, w okólniku z m. kwietnia 1898 r. zwracał uwagę wojsk na możność przeniesienia przez muchy takich chorób, jak dur brzuszny, czerwonka obozowa i żółta gorączka, oraz na konieczność wystrzegania się tych owadów. Celli dowiódł, że muchy, karmione czystemi hodowlami duru brzusznego, mogą przenieść przez swe wydzieliny laseczniki zdolne do życia. Udział much w rozpowszechnianiu cholery azyatyckiej był również spostrzegany przez wielu uczonych. We wszystkich tych chorobach niebezpieczeństwo much polega na tem, że siadają one chętnie na wydzielinach ludzkich, poczem, pełzając po jadle, mogą bezpośrednio przenieść zarazki chorobotwórcze. Możliwe wreszcie, że i zakażenia ran zależą

nieraz od przeniesienia zarazy przez te owady. Autor zajął się doświadczalnem zbadaniem sprawy, jakie drobnoustroje mogą być przeniesione przez muchy. Puszczał on te owady z wszelkiemi ostrożnościami na ropę, wziętą z różnych ran, na wydzieliny durowe, na plwocinę różnych chorych i t. d., poczem przenosił te muchy wyjałowionemi szczypczykami do probówek z różnemi pożywkami i jak tylko mucha pewien czas pochodziła po odżywce, ogrzewał probówkę do spalenia owada na popiół. Z otrzymanych 44 probówek z pożywkami, z któremi muchy miały styczność, w 41 otrzymano przed upływem dwóch dób hodowlę drobnoustrojów, trzy zaś pozostały widocznie jałowe. Następujące drobnoustroje przez muchy były przeniesione, wyosobnione i otrzymane w czystej hodowli: chorobowe: — *bac. pyocyaneus*, *staphylocc. pyogenes aur.*, *bac. typhi abdomin.*, *bac. coli communis*; niechorobowe: — *bac. prodigiosus*, *sarcina aurant*, *sarcina alba*, wreszcie grzybki i pleśnie. *St. Rudzki* (Lublin).

Saalfield. **Kwas kakodylowy w chorobach skóry.** (*N. York Med. Journ. — Journ of Amer. Med. Ass.* 24 maja 1902 r.). Autor stosował sole kwasu kakodylowego w 50-ciu przypadkach różnych cierpień skórnych. Kakodylan żelazowy i kakodylan sodowy można podawać wewnątrz w postaci pigułek po 0,25 w każdej pigułce 4 razy dziennie. Można też stosować 5% rozczyn po 10—20 kropel na dawkę, dochodząc dziennie najwyżej do 40 kropel. Na mocy swego doświadczenia wypowiada autor zdanie, że kakodylany wyżej stoją od wszelkich innych nieorganicznych przetworów arsenu w leczeniu chorób skórnych. S. nigdy nie spostrzegał żadnych nieprzyjemnych objawów przy leczeniu kakodylanami. Między innymi otrzymywał on świetne wyniki, lecząc liszaj płaski czerwony przetworami kwasu kakodylowego. *St. Rudzki* (Lublin).

Prof. Epstein (Praga). **Krzesło na biegunach** (*Schaukelsessel*) **dla małych dzieci krzywiczych i słabo rozwiniętych.** (*Jahrbuch für Kinderheilkunde und ps. Erz.* 56, 6, 18, 1902). Z polecenia Prof. Epsteina wprowadziła w handel firma „braci Thonet“ w Wiedniu t. zw. „higieniczne krzesło na biegunach dla małych dzieci“, mające im służyć od 1-go do 3-go roku, w celu wyprostowania skrzywień kręgosłupa, względnie niedopuszczenia do nich, dalej poprawy czynności mięśni wątłych małych dzieci i prostego ich trzymania się. Krzesło to jest zwyczajnem krzesłem na biegunach, którego wymiary zastosowane są do wzrostu dzieci. To, co właściwie nadaje temu krzesłu cel ortopedyczny, jest odwrotny sposób siedzenia. Dziecko, rozumie się takie, które samodzielnie siedzieć może, a więc z ukończonym conajmniej 1-szym rokiem życia, zostaje tak usadowione w krześle, by twarzą było zwrócone do poręczy krzesła; dolne kończyny wysunięte w miejsce wolne między oparciem krzesła, a siedzeniem tak, że zależnie od rozmiarów rozwoju dziecka — dolne kończyny zwieszają się wolno, lub stopy opierają się na biegunach, lub odbijają się od podłogi, zaś rączkami opiera się dziecko o oparcie krzesła, względnie trzyma się. W bardzo krótkim czasie dziecko oswaja się z tem krzesłem i rozwijając swe siły i temperament, zaczyna wykonywać ruchy kołyszące krzesłem. O możności wypadnięcia dziecka z krzesła niema mowy. Ku przodowi wypaść nie może, bo zwrócone jest ku oparciu krzesła; nawet silnie kołysząc się, wypaść nie może, gdyż bieguny są stosunkowo nader długie; ku tyłowi również wypaść nie może, gdyż dziecko siedzące na krześle, ciąży ku przodowi, a rączkami trzyma się oparcia: zresztą wypadnięciu dziecka przeszkadzają boczne i poprzeczne oparcia krzesła. Już samo siedzenie dziecka z wolnym grzbietem, wyciągniętemi rączkami na niepodatnej podstawie zmusza dziecko do bardziej naprężonego trzymania się, aniżeli to odbywa się np. w łóżeczku. Wykonując ruchy kołyszące odbywa dziecko równocześnie czynną pracę mięśniami grzbietu, barku i ramion, które przy pracy tej wyraźnie kurczą się, przez co, w myśl zasad Schildbacha, nadają prawidłowy kształt kręgosłupowi. Ta czynność gimnastyczna w krześle na biegunach prócz bezpośredniego wpływu na kręgosłup i klatkę piersiową ma także korzystny wpływ uboczny na łaknienie, ogólne wejrzenie, rozwój układu ruchowego, a nawet reguluje czynność przewodu pokarmowego. Prócz tego bezpośrednio leczniczego zastosowywania krzesła na biegunach u dzieci krzywiczych i zapobiegawczego u dzieci osłabionych i wycieńczonych, poleca autor używanie tego przyrządu u dzieci porażonych, dając im przez to możność pracy mechanicznej i niejakiego urozmaicenia w ich życiu jednostajnem.

Dr. Bolesław Komorowski.

VI. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Falkner. **Dermatol, jako środek przeciwko rozwolnieniu.** (*Bolnicznaja Gazeta Botkina* 1902. Nr. 32). Falkner (Odessa) stosował w 131 przypadkach biegunki dermatol; w tej liczbie było 69 przypadków gruźlicy jelit, płuc i otrzewnej; 28 duru brzusznego; 17 nieżytu jelit cienkich, 6 raka żołądka, jelit i wątroby i 17 innych chorób, które wikłały się z rozwolnieniami. Zwykła dawka dermatolu wynosiła 0.5 w proszku kilka razy dziennie; chorzy znoszą go dobrze. Z 69 chorych na gruźlicę różnych narządów biegunka ustała po dermatolu w 48 przypadkach (69,5%); polepszenie nastąpiło w 11,5%; w 18,8%, dermatol pozostał bez skutku. Z 28 chorych na dur brzuszny biegunka ustąpiła po dermatolu w 26 (92,8% przypadkach. Z 18 przypadków biegunki, wikłających inne choroby, dermatol usunął to cierpienie w 17-tu (94,4%). W ostrych nieżytach jelit cienkich dermatol skutkował w ciągu 1—3 dni; w przewlekłych po 2—6 tygodniach. Na podstawie tych wyników F. zaleca dermatol, jako lek skuteczny przeciwko biegunce. *Witold Orłowski* (Ptbg.).

Żyrmunski. **Stosowanie adrenaliny w chorobach gardła i nosa.** (*Russkij Wracz* 1902, Nr. 47). Ż. poleca adrenalinę w chorobach nosa i w zabiegach chirurgicznych w jamie nosowej. W krwotokach, towarzyszących chorobom gardła i nosa, adrenalina ułatwia odnalezienie miejsca krwawiącego i szybko usuwa krwawienie; przy ropieniach w jamach dodatkowych nosa pędzlowanie adrenaliną, wywołując silne kurczenie się błony śluzowej, ułatwia rozpoznanie, gdzie mianowicie zachodzi ropienie; pędzlowanie adrenaliną daje wreszcie możność operowania w jamie nosowej bez utraty krwi. Poczerwienienie błony śluzowej, występujące w ostrych zapaleniach gardła, znika natychmiast po adrenalinie; w przewlekłych zaś chorobach adrenalina podobnego działania nie wywiera. Ż. przekłada adrenalinę, wyrabianą przez firmę Parke Davis (Londyn) nad Pöhlowską (Petersburg), ponieważ pierwszy z tych wyrobów daje zupełnie przeźroczyste rozczyny. *Witold Orłowski* (Ptbg.).

VII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne w dniu 7 stycznia 1903.

Przewodniczący kol. Nowak.

I. Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Kol. Gwiazdomorski przedłożył sprawozdanie kasowe za rok 1902, dodając, że w księdze składek umieszczono wezwanie do kolegów, ażeby przeznaczali pewne datki roczne na budowę domu Tow. lek. Kol Łepkowski imieniem Komisyi kontrolującej wnosi podziękowanie kol. Skarbnikowi za wzorowe prowadzenie kasy. Uchwalono jednogłośnie.

III. Kol. Raczyński przedłożył sprawozdanie administracyi »Przeglądu lekarskiego«. Komisya kontrolująca również uczyniła wniosek podziękowania kol. R. za wzorowe prowadzenie administracyi.

IV. Kol. Reiss odczytał sprawozdanie Komisyi budowy domu Tow. — Sprawozdanie to wywołało dłuższą dyskusyę, a w której wzięli udział kol. Łepkowski, kol. Wachholz, kol. Gwiazdomorski i kol. Nowak.

V. Kol. Gliński odczytał sprawozdanie zarządu biblioteki. Na wniosek kol. Raczyńskiego uchwalono wyrazić kol. bibliotekarzowi podziękowanie za dotychczasową działalność.

VI. Kol. Browicz przedłożył sprawozdanie Komisyi słownikowej.

VII. Kol. Wachholz — sprawozdanie z działalności Komisyi sprawozdawczej do roczników Virchowa i Hirscha.

VIII. Kol. Sliwiński — sprawozdanie Komisyi przemysłowo-lekarskiej.

IX. Kol. Rutkowski sprawozdanie sekretarza stałego.

Sprawozdania te przyjęto do wiadomości, poczem kol. Nowak odczytał list ustępującego prezesa, zawierający rzut oka na działalność Towarzystwa w r. ubiegłym.

Dr. Jan Landau, sekretarz doroczny.

Posiedzenie zwyczajne w dniu 21. stycznia 1903.

Przewodniczący kol. Nowak.

I. Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytany przyjęto.

II. Kol. Trzebicky przedstawia chłopca, u którego z powodu gruźliczego zapalenia palca średniego ręki prawej *(spina ventosa)* wykonał plombowanie jodoformem według Mosetiga. Postępowanie to

zdaniem prelegenta nadaje się znakomicie we wszystkich tych przypadkach, w których sprawa gruźlicza spowodowała wytworzenie się znaczniejszych jam w kości, a skóra jest jeszcze o tyle utrzymaną, że pozwala na całkowite zamknięcie rany szwem. Operacya polega na tem, że po usunięciu doszczętnem części schorzałych i oczyszczeniu ścian jamy ewentualnie zapomocą dłutka i młotka i wysuszeniu jamy, do czego się bardzo dobrze nadaje ciepło promieniujace od palnika Paquelina, wlewa się do jamy plombę (*Jodoformu 6., Spermaceti* i *ol. sesami aa 4*), ogrzaną z łaźni wodnej do 45⁰—50⁰, a więc płynną. Plomba ta, stygnąc, krzepnie i wypełnia dokładnie całą jamę Ranę należy zeszyć. Z chwilą zgojenia się rany skórnej kończyna jest zdolną do użytku.

W dyskusyi kol. Surzycki zapytuje, czy sposobu Mosetiga można również używać przy schorzeniu kości większych i czy wtedy nie występują objawy zatrucia jodoformem; kol. Borzęcki zapytuje, czy sposobu tego nie możnaby stosować przy ubytkach kostnych, powstałych z powodu kiły w celach kosmetycznych?

Kol. Trzebicky odpowiada kol. Surzyckiemu, że sposób ten nadaje się bardzo dobrze i do plombowania jam większych i według doświadczenia prelegenta nie sprowadza nigdy objawów zatrucia jodoformem. Kol. Borzęckiemu zaś oświadcza, że nie ma własnego doświadczenia co do używania tej plomby w celach kosmetycznych; sądzi jednakże, że wobec pięknych wyników, osiągniętych zwłaszcza przy pewnej wprawie zapomocą parafiny, próby innymi środkami są zbyteczne.

III. Kol. Prof. Ciechanowski przedstawia 1) okaz żółtego ostrego zaniku wątroby w okresie późniejszym ze śladami regeneracyi, pochodzący z kobiety 24-letniej, zmarłej w VII miesiącu ciąży.

2) Okaz glejaka móżdżku w obrębie robaka górnego z $4^1/_2$ let. chłopca; glejak szerzy się na półkule móżdżku i wciska się do komory IV.

3) Okaz przedziurawienia zastawki półksiężycowatej tętnicy głównej u nasady wskutek zapalenia wsierdzia, ograniczonego do tej jednej zastawki, pochodzący z 29—l. mężczyzny.

Wreszcie przytacza kol. Ciechanowski historye choroby według danych, dostarczonych uprzejmie przez kol. Grünhuta i Czajkowskiego, sekundaryuszy oddziału prof. Pareńskiego, na którymto oddziele obserwowano przypadek I i III.

W dyskusyi, dotyczącej pierwszego przypadku kol. Borzęcki podaje szczegóły kliniczne, dotyczące tego przypadku. W związku z dyskusyą nad drugim przypadkiem, kol. Lewkowicz opowiada historyę choroby zmarłego dziecka (rzecz przeznaczona do druku); prócz tego zabierali głos kol. Surzycki, kol. Spira i kol. Przewodniczący.

Wreszcie kol. Surzycki wygłosił odczyt: »O leczeniu ostrych chorób zakaźnych i o środkach przeciwgorączkowych«.

Dr. Dobrowolski, sekretarz doroczny.

* * *

VIII. LXXXIV. Zjazd przyrodników i lekarzy niemieckich w Karlsbadzie

w dniach 21—27 września 1902 roku.

(*Sekcya chirurgiczna*).

Zestawił

Dr. Bolesław Żmigród.

Jedną z okoliczności przyciągających tego Zjazdu była sama miejscowość — Karlsbad: nic więc dziwnego, że Zjazd był bardzo liczny, liczył bowiem 1640 członków. Obrady odbywały się w 28 sekcyach, z których 11 było przyrodniczych, 17 lekarskich, a mianowicie: 1) anatomia, histologia, embryologia i fizyologia; 2) patologia ogólna i anatomia patologiczna; 3) medycyna wewnętrzna, farmakologia, balneologia i hidroterapia; 4) historya medycyny; 5) chirurgia; 6) położnictwo i choroby kobiece; 7) choroby dziecięce; 8) neurologia i psychiatrya; 9) okulistyka; 10) choroby gardła, nosa i uszu; 11) choroby skóry i kiła; 12) dentystyka; 13) medycyna wojenna; 14) medycyna sądowa; 15) higiena i bakteryologia; 16) weterynarya; 17) farmacya i farmakognozya. Sekcye obradowały w wilach w dniach wolnych od wykładów ogólnych.

Po licznych przemówieniach właściwy Zjazd rozpoczął się 22 września.

Jedną z sekcyj, która liczyła najwięcej uczestników, była sekcya chirurgiczna, w której obradach brałem osobiście udział. Obradowała ona w pięknym przybytku, zwanym „Königsvilla“ na Schlossbergu, a liczba jej uczestników, o ile mogłem naliczyć, wahała się między 80—200. Kulminacyjnym punktem obrad były choroby dróg żółciowych. Przewodniczyli obradom kolejno: Wölfler (Praga), Riedel (Jena), Eiselsberg (Wiedeń), Körte (Berlin) i Hacker (Insbruk).

Obrady rozpoczął wykład:

1. Kuhn (Kassel): **O płucnem znieczulaniu narkotycznem.** Opierając się na spostrzeżeniu, zrobionem przy znieczulaniu narkotycznem przez rurkę tracheotomijną, że znieczulenie to jest bardzo spokojne, poleca prelegent swój sposób, polegający na tem, że przez jamę ustną lub nosową wprowadza się rurkę aż do płuc i przez nią wykonuje się znieczulenie. K. nalicza około 50 takich przypadków; zaletą tej metody jest przedewszystkiem bezwzględny spokój chorego, mała ilość zużytego chloroformu, nadto szybkie uśpienie. Objawów nieprzyjemnych, jak duszenie się, wymioty, zachłystywanie się śluzem zupełnie się unika.

2. Kuhn (Kassel): **Brak wymiotów i parcia przy laparotomii.** Prelegent robi narkotyzującego odpowiedzialnym za to, że chory wymiotuje lub prze podczas laparotomii; świadczyłoby to, że uśpienie nie jest głębokie. Jeszcze raz poleca K. swoją metodę znieczulania bezpośrednio przez płuca.

W dyskusyi, jaka się po tym wykładzie rozwinęła, poczynili swoje zastrzeżenia różni mówcy. Landerer (Stuttgart), Eiselsberg (Wiedeń), Fink (Karlsbad) i Wohlgemuth (Berlin) powątpiewali o dobroci tej metody, która przedstawia bardzo wielkie trudności techniczne, zwłaszcza u opilców. Wohlgemuth sądzi na mocy swego wielkiego doświadczenia, że wymioty osób usypianych są czysto indywidualne i ani sposób znieczulenia, ani też rodzaj wprowadzania chloroformu nie jest w stanie zapobiedz wymiotom.

3. Neugebauer (Morawska Ostrawa): **Doświadczenia ze znieczuleniem rdzeniowem.** N. dochodzi do tych samych wyników, do których doszli i inni, że znieczulenia rdzeniowego najlepiej można użyć przy operacyi kończyn dolnych, zwłaszcza, gdzie chodzi o ominięcie uśpienia chloroformowego. Zdaniem prelegenta ulega znieczuleniu najpierw skóra na mosznach, dopiero potem stopy. Znieczulenie zajmuje początkowo IV odcinek krzyżowy, to stwierdziły doświadczenia; za IV prawdopodobnie idą III, II i I odcinki.

W dyskusyi Preindlsberger (Serajewo) potwierdza wyniki Neugebauera: w 80 przypadkach nie miał żadnych zaburzeń; przy operacyach w międzykroczu otrzymał zawsze doskonałe znieczulenie. Zdaniem P. położenie Trendelenburga wspomaga wystąpienie znieczulenia.

4. Schulze (Duisburg): **Przyczynek do sprawy wyjaławiania.** S. demonstruje naczynia szklane do wyjaławiania jedwabiu i irygatora aseptycznego.

5. Borchard (Poznań): **Rzadsze następstwa po ciężkich urazach czaszki.** W dwóch przypadkach stwierdził B. w moczu po urazie czaszki 1,5% cukru i 1,2% białka, a w kilka godzin także ciałka krwi i wałeczki; zmiany te znikły po 12 godzinach. Drugi przypadek zakończył się śmiercią, a autopsya dała co do zmian w IV komorze wynik zupełnie ujemny; natomiast znaleziono w nerkach zmętnienie kłębków Malpighiego i kanalików prostych. Przyczyna zdaniem prelegenta nie leży w cukrzycy, gdyż ta nie może powstać wskutek urazu czaszki, lecz w zaburzeniach krążenia krwi w nerkach. B. stanowczo twierdzi, że występującej czasami równocześnie cukrzycy nie można uważać za następstwo urazu czaszki.

W dyskusyi Stolper (Wrocław) zwraca uwagę, że często i po urazach rdzenia pacierzowego powstają podobne zmiany w nerkach.

6. Hacker (Insbruck): **Wypełnianie ubytków czaszki płatami okostnowokostnymi przesuniętymi lub odwiniętymi pod oczaszną.** Operacye Olliera, Langenbecka, Rydygiera i innych nie prowadzą do celu; sposób Bartla musi być z wielką ostrożnością stosowany u ludzi dorosłych. Sposób prelegenta *operatio osteoplastica subaponeurotica* polega na przeszczepianiu też płatów okostnowo-kostnych z sąsiedztwa z mostkami.

Dyskusya. Landerer (Stuttgart) radzi w przypadkach wielkich ubytków heteroplastykę. Eiselsberg (Wiedeń) jest tego zdania, że jeśli nawet raz kość ulegnie wessaniu, to należy powtórnie przeszczepiać (*reinplantatio*).

Springer (Praga): **O wynikach leczenia operacyjnego wargi zajęczej i rozszczepu podniebienia.** Opierając się na 53 przypadkach, nie radzi prelegent operować rozszczepu podniebienia w pierwszym roku życia, z powodu bardzo często po tem występującego nieżytu kiszek; wargę zajęczą zaś należy operować po sześciu miesiącach dopiero. Wyniki są bardzo dobre; czasami chorzy nie zupełnie wyleczeni mówią lepiej, niż ci, u których nastąpiło zupełne wyleczenie.

Dyskusya: Hacker (Insbruk) operuje w znieczuleniu metodą Schleicha w pozycyi siedzącej. Büngner (Hanau) jest za me-

todą Küstera. — Riedel (Jena) poleca operować przy zwieszonej głowie; zapobiega się przez to powstawaniu zapalenia płuc. Eiselsberg (Wiedeń) nie zachwyca się metodą Küstera co do wyników czynnościowych: poleca metodę Arbnouth-Lane.

8. Landerer (Stuttgart): **Leczenie operacyjne gruźlicy płuc.** W przypadkach przewlekłych gruźlicy płuc operował L. sześć razy z dobrym wynikiem; we wszystkich wybadał przed operacyą jamy, do których się dostawał. Ranę pokrywał torakoplastyką; unikać jednakże należy okolicy serca i wielkich naczyń z powodu powstawania blizn tętniących, które są bardzo bolesne. Dla sprowadzenia szybszego zabliźnienia w sprawach gruźliczych poleca L. gorąco hetol. Przypadki ostre nie nadają się do operacyi.

W dyskusyi zabierali głos: Hofmeister (Tübingen), Borchard (Poznań) i prelegent.

9. Weisshaupt (Teplitz-Schönau): **O rozroście olbrzymim sutków podczas ciąży.** Demonstracya fotografii sutków olbrzymio rozrosłych, z których jeden ważył 5800 grm., drugi 6700 gramów.

10. Preindlsberger (Serajewo): **Dalsze uwagi nad kamicą** (*lithiasis*) **w Bośni.** Demonstracya obrazów i okazów kamieni moczowych, zebranych z 95 przypadków w dwóch ostatnich latach.

11. Preindlsberger (Serajewo): **O operacyach kamieni moczowych.** W 135 przypadkach u dzieci robił P. 93 razy cięcie górne, w reszcie przypadków kruszył kamienie. Wogóle można w Bośnii już u dzieci robić kruszenie kamieni, z powodu wczesnego rozwoju części rodnych zewnętrznych. W niektórych przypadkach robił oprócz kruszenia kamieni i cięcie górne lub przez międzykrocze.

12. Büngner (Hanau): **Przyczynek do anatomii i fizyologii narządów żółciowych i trzustki.** Na 58 zwłokach ludzi dorosłych robił B. badania anatomiczne nad przebiegiem przewodu żółciowego wspólnego i przewodu trzustkowego. W 55 przypadkach przebiegał przewód żółciowy wspólny przez miąższ trzustki w przestrzeni 2 ctm.: prawie nigdy nie łączył się z przewodem Wirsunga, tylko oba kończyły się w dwunastnicy obok siebie w odległości 2 mm. na wzgórku Vatera. Przewód Wirsunga przebiegał zazwyczaj niepodzielony, w niektórych tylko przypadkach bywał dodatkowy przewód trzustkowy, który się kończył w różnej odległości od ujścia głównego przewodu w dwunastnicy. Praktyczne wyniki tych badań są te, że z powodu przebiegu przewodu żółciowego przez trzustkę nie można go odsłonić w całym przebiegu aż do ujścia w dwunastnicy bez nacięcia trzustki, a co najważniejsze przebieg ten tłómaczy nam, dla czego przy sprawach zapalnych lub nowotworach głowy trzustki, wogóle w sprawach chorobowych, wywołujących powiększenie głowy trzustki, a co za tem idzie i uciśnięcie przewodu żółciowego wspólnego, występują objawy zatrzymania żółci, do czego się też dołączają objawy zatrzymania soku trzustkowego. Zatkanie ujścia jednego z przewodów nie powoduje zatkania drugiego przewodu, coby miało miejsce, gdyby oba przewody (d. choledochus i d. Virsungianus) się łączyły; inaczej się rzecz ma, jeśli sprawa chorobowa dosięgnie wzgórka Vatera, wtedy mamy objawy i ze strony przewodu żółciowego wspólnego i przewodu trzustkowego, chyba że przypadek zrządzi, iż jest dodatkowy przewód trzustkowy, wtedy niema objawów ze strony trzustki.

13. Stolz (Strassburg): **O wzroście kamieni żółciowych.** Badania prelegenta wykazały, że w woreczku żółciowym, w którym już są kamienie żółciowe, inne kamienie się już nie wytwarzają, mimo obecności czynników, wywołujących wytwarzanie się kamieni, mianowicie zastoju żółci i zakażenia. Przy zwiększeniu się kamieni zdaniem prelegenta przychodzi do złożenia soli wapniowych na wytworzone już kamienie. Demonstracya kamieni.

14. Riedel (Jena): **O zmianach anatomo-patologicznych w pierwszym napadzie kolki żółciowej.** R. radzi po pierwszym napadzie kolki żółciowej zaraz operować; pouczyły go o tem przypadki, które widział w dwanaście godzin po pierwszym napadzie: ciecz wolna prawie zawsze w jamie brzusznej, przewód woreczkowy bardzo cienki, bliski pęknięcia, a badanie bakteryologiczne dawało wynik ujemny. (Ciąg dalszy nastąpi).

IX. I. Zjazd lekarski w Kairze.

Suez, 13 stycznia 1903.

(Dokończenie).

Co do przyjęć, to należy wyróżnić przyjęcie w pierwszym dniu Zjazdu delegatów rządowych i komitetów narodowych przez Khedywa w pałacu Abdin.

Wieczorem tego samego dnia odbyła się wycieczka koleją elektryczną do piramid, gdzie w olbrzymim i rzęsiście oświetlonym namiocie zastawiono wspaniałą ucztę. Przed ucztą odbyła się „fantazya arabska“, t. j. gonitwy beduinów, tańce arabskie, iluminacya sfinksa i piramid. Po drodze ze stacyi kolei elektrycznej do namiotu oglądaliśmy wschód księżyca i unosiliśmy się nad pięknością piramid w jego świetle.

Dnia 21-go odbyła się wycieczka, urządzona przez Khedywa na jego własnych statkach do tak zw. „barrageu“, czyli tamy na Nilu. Tama ta jestto olbrzymi wał, zbudowany z potężnych bloków kamienia kosztem około 30 milionów franków, ze 126 szluzami, które według potrzeby można zamykać żelaznemi zasuwami. Za pomocą tego mechanizmu można poziom wody podczas nizkiego stanu Nilu podnosić mniej więcej do takiej wysokości, jak podczas wylewu, a woda, rozlewając się po różnych kanałach, rozchodzi się po całym Egipcie. Ułatwia to podlewanie pól; a trzeba wiedzieć, że cała uprawa roli w Egipcie polega na podlewaniu, gdyż tu deszcz, z wyjątkiem brzegów morza Śródziemnego, prawie nigdy nie pada. Po oglądnięciu tamy uraczono nas w ogrodzie iście po królewsku, poczem osobnym pociągiem wróciliśmy do Kairu.

Dnia 22 odbyła się „uroczystość arabska“, urządzona przez Prezydenta i sekretarza Zjazdu. W podwórcu pewnej kamienicy urządzono z różnobarwnych arabskich dywanów olbrzymią salę. Z przodu sali ustawiono estradę, z tyłu potężny bufet. Wchodzących witała muzyka arabska. Przy przepełnionej sali rozpoczęto uroczystość odegraniem kilku arabskich utworów muzycznych, z tych niektóre były połączone ze śpiewami. Artyści muzycy byli zarazem artystami śpiewakami. Potem popisywali się indyjscy kuglarze, poskromiacze wężów i małp. Naraz wśród ogólnego napięcia uwagi wpadła do sali orkiestra, złożona z 25 chłopców, którzy przebiegając wzdłuż, wszerz i na około sali grali marsza na trąbkach, piszczałkach i bębnach, a narobiwszy huku i pisku, wynieśli się pospiesznie z sali, — poczem kuglarze rozpoczęli na nowo swoje popisy.

Następnie miał miejsce taniec arabski, polegający na tem, że tancerka, upiąwszy nizko na biodrach wyszywaną spódnicę i przykrywszy swój brzuch i piersi wybitnie przeźroczystym trykotem, porusza mięśniami brzusznymi lub piersiami, pozostawiając w spokoju głowę, ramiona i miednicę. Tancerka nasza doprowadziła do takiego mistrzowstwa swój „taniec brzucha“, że położywszy się na wznak i poukładawszy na brzuchu w pewnem oddaleniu kilka szklanek, tak poruszała w takt mięśniami brzusznymi, że szklanki, dotykając się górnymi brzegami, dzwoniły rytmicznie hymn Khedywa przy towarzyszeniu muzyki.

Potem uraczono nas obficie przy ustawicznie pełnym bufecie, a pełna osobliwości zabawa przeciągnęła się do 3 rano.

Dnia 23 popołudniu przyjmowali nas ministrowie w nowo zbudowanem Muzeum starożytności egipskich, gdzie p. Maspero, dyrektor Muzeum i najlepszy egiptolog, sprawił nam swemi objaśnieniami prawdziwą ucztę. Zwiedzałem poprzednio 2 razy to Muzeum, gdy jeszcze było pomieszczone w starym pałacu w Gizeh. Raz nawet tak się zapatrzyłem, że mię w Muzeum zamknięto i o mało że nie pozostałem tam na noc razem z mumiami; mimo to nigdy mię tak Muzeum nie zajęło, jak tym razem.

W objaśnieniu Maspery mumie królów z przed 6000 lat wydały nam się jakby żywe, a my poruszamy się pośród nich i własnemi oczyma patrzymy na ich czyny. Ocknęliśmy się dopiero w ustawionym obok Muzeum namiocie, gdzie butelki szampana i stół misternie zastawiony ciastami i różnemi przysmakami przekonały nas, że żyjemy w wieku postępu i nowoczesnej cywilizacyi.

Wieczorem tegoż dnia miał być bal u Khedywa; ze względu jednak na to, że poprzedniego dnia zmarła jego matka, zamieniono bal na zwykłe przyjęcie o godzinie 3-ciej popołudniu dnia następnego.

Mając tylko 7 dni urlopu, musiałem wracać do Suezu; inni puścili się bądź to po wodach Nilu, bądź koleją na wycieczkę do górnego Egiptu; w dniu zaś 11 b. m. zwiedzili stacyę kwarantanową dla pielgrzymów w El-Tor.

Według ostatniego zestawienia najliczniej na Zjeździe była reprezentowana Austrya (35 lekarzy); potem Francya i Włochy (po 33), Anglia (19), Niemcy (15), Rosya (12), Szwajcarya (7), Ameryka (6), Belgia (3), Grecya (2), Serbia i Turcya po jednemu. -- razem 167 obcokrajowców.

Dr. Batko.

X. XXXIII. Zjazd południowo-zachodnich psychiatrów niemieckich.

Zestawił

Dr. med. i fil. Piotr Pręgowski (Heidelberg).

(Dokończenie).

XII. Landenheimer (Alsbach koło Darmsztatu) przedstawia „Krótkie doniesienie o płciowych myślach natrętnych u dziecka“. — Wśród psychoz wieku dziecięcego są bardzo często myśli natrętne, a z pośród tych ostatnich szczególnie myśli z cechą płciową. 12-letni chłopiec, dobry, pilny, bardzo dobrze uczący się, nie posiadający dotąd wyobrażeń płciowych, nie oddający się samogwałtowi, został zapytany przez kolegów w szkole o coś z zakresu płciowego, a gdy nie umiał odpowiedzieć, został przez nich wyśmiany. Przyszedłszy do domu, zapytał o to ojca, który za to go upomniał i powiedział w końcu, że mówienie o takich rzeczach jest grzechem i że za to mogliby go wydalić ze szkoły. Od tego czasu prześladowała pacyenta myśl o tem, tudzież powstała w nim nigdy nie znikająca obawa, że zostanie z tego powodu wydalony ze szkoły. Obawa ta doprowadziła go do tego, że chciał odebrać sobie życie. Stosowanie bromu, żelaza, kąpieli, wzmacniającego odżywiania wpłynęły dodatnio. Atoli po pewnym czasie znowu wystąpiły pewne zaburzenia w kierunku płciowym. Gdy pacyent przechodził koło jakiej kobiety, uczuwał potrzebę powiedzenia lub zrobienia czegoś nieprzyzwoitego, nadto doznawał wzwodu członka. U pacyenta rozpoznawano z początku pognębienie umysłowe (melancholię) na podstawie niepokoju i zmartwienia, oraz wyrzutów, które sobie czynił, tudzież chęci popełnienia samobójstwa. Tymczasem gruntowne zbadanie stanu psychicznego pacyenta wykazało, że punktem wyjścia jego cierpienia były natrętne myśli z zakresu płciowego.

XIII. Hess (Stephansfeld) mówił „O obłąkaniu histerycznem“. Mowca stoi na stanowisku Kraepelina, że należy odróżniać histeryczną psychozę od objawów histerycznych w innych psychozach. Gdy według statystycznych danych, przedstawionych przez Nissla na ostatnim Zjeździe południowo-zachodnich psychiatrów niemieckich, w klinice hejdelberskiej okazać się miało 1,5% przypadków obłąkania histerycznego, a 14,4% przypadków, w których objawy histeryczne występowały w przebiegu innych psychoz, — to w zakładzie mowcy liczba przypadków obłąkania histerycznego okazała się jeszcze mniejszą, a mianowicie 0,11%. A więc histerya, jako wyraźna i samoistna psychoza, nie jest, według autora, częstą. — Mowca zwraca uwagę, że rzeczywiście niekiedy schorzenia narządów płciowych grają pewną rolę w powstaniu histeryi i że często po ich usunięciu znikają objawy histeryczne. Atoli przesadne są twierdzenia niektórych ginekologów np. Makkenbroda i Schulzego, którzy tak daleko posuwają się w odnoszeniu histeryi do zaburzeń w narządach płciowych, że żądają, aby każdą umysłowo chorą przed badaniem psychiatrycznem poddano badaniu ginekologicznemu i że w każdym zakładzie dla obłąkanych powinien znajdować się ginekolog. Mowca przypomina histerycznych mężczyzn, którzy przecież na maciczne cierpienia nie chorują, a mimo to ulegają histeryi.

Dyskusya. Prof. Kraepelin wykłada swoją teoryę o histeryi i objawach histerycznych przy innych psychozach. Teorya ta polega na podniesionem jeszcze przez Kahlbauma rozróżnianiu pomiędzy stanem chorobowym a jednostką chorobą. Znalezienie pewnych objawów jeszcze nie stanowi o jednostce chorobowej; trzeba badać całość, a przedewszystkiem przebieg schorzenia. Ta myśl przewodnia, będąca podstawą całej tak zw. szkoły Kraepelinowskiej w psychiatryi, doprowadziła Kraepelina także i w stosunku do histeryi do odróżnienia owych dwóch rzeczy: z jednej strony samych tylko objawów tak zw. histerycznych. które same przez się według Kraepelina jeszcze nie stanowią jednostki chorobowej, a które mogą występować w różnych psychozach, do różnych więc mogą należeć jednostek chorobowych, — z drugiej zaś strony samodzielnej jednostki chorobowej, histerycznej psychozy. Tak samo wszak ma się rzecz, — mówi Kraepelin, — i z padaczką. Same t. zw. drgawki padaczkowe jeszcze nie dowodzą padaczkowej psychozy; — zdarzają się one także w porażeniu postępującem, w niedołęstwie umysłowem wczesnem itd. Podobnież rzecz się ma z zadumą (melancholia), obłędem itp. Stwierdzenie patologicznego smutku lub podniecenia jeszcze nie wystarcza do rozpoznania zadumy, obłędu itp. psychoz. Przygnębienie, podniecenie itd., to są stany chorobowe, które mogą występować w różnych jednostkach chorobowych. To samo, — twierdzi mowca, — ma miejsce i w histeryi: — co innego są objawy histeryczne, które występować mogą w najrozmaitszych psychozach, — a co innego obłąkanie histeryczne, zupełnie odrębna samodzielna psychoza.

XIV. Prof. Nissl (Heidelberg) mówi „O rozpoznawaniu porażenia postępującego“. Histopatologiczne rozpoznanie porażenia postępującego jest obecnie tak pewne, że, jak każdy niemal lekarz, — nie specyalista bakteryolog, jest w stanie rozpoznać pod mikroskopem gruźlicę, tak samo, — twierdzi mówca, — każdy niemal jest w stanie z całą pewnością rozpoznać pod mikroskopem typowe porażenie postępujące. Do najcharakterystyczniejszych cech rozpoznawczych należą: — 1) jądra podłużne, błękitem metylenowym zabarwione, blade, o 3—4 ziarenkach i prawie niewidzialnem ciele protoplazmatycznem, podobne do śródbłonka naczyń, — tudzież 2) znaczna ilość komórek Marschalka, znachodzących się szczególnie w okolicy naczyń krwionośnych. O występowaniu tych komórek w porażeniu postępującem wątpiono, ale niesłusznie. Okazało się bowiem, że odczynniki, których używali badacze, niszczyły te twory. Histopatologiczne badania już obecnie takie dają wyniki, że na ich podstawie można już prostować wiele rozpoznań klinicznych. Tak np. wiele przypadków, uznanych w klinice za niedołęstwo umysłowe wczesne, okazały się pod mikroskopem porażeniem postępującem. Wiele także i odwrotnych przypadków miało miejsce: — za życia rozpoznano porażenie postępujące, mikroskop okazał niedołęstwo umysłowe wczesne. Te to błędy w rozpoznaniu klinicznem były jedną z przyczyn, dlaczego dość długo nie można było z całą pewnością twierdzić, że mikroskop jest w stanie dać zupełnie pewne rozpoznanie porażenia postępującego. Drugą przyczyną, dlaczego do histopatologicznego rozpoznawania porażenia postępującego doszliśmy dość późno, było to, że przez długi czas poświęcano za wiele stosunkowo uwagi komórkom nerwowym, nie uwzględniając otoczenia ich, t. j. neuroglii, naczyń itd.

Mowca zastanawia się dalej nad porażeniem postępującem ze stanowiska histopatologicznego i przy tej sposobności omawia podział spraw zapalnych w ośrodkowym układzie nerwowym, tudzież punkt wyjścia i podstawę dla tego podziału. Oto — tkanka nerwowa ośrodkowego układu nerwowego, jak wiadomo, jest pochodzenia ektodermalnego, — naczynia zaś krwionośne i limfatyczne, podobnież jak opony miękka i twarda, pochodzą ze średniego listka zarodkowego (mezodermy), są więc obcym pierwiastkiem w ośrodkowym układzie nerwowym. Błona zewnętrzna naczyń stanowi granicę między tymi dwoma pierwiastkami; — ztąd wielkie ma ona znaczenie. Przedewszystkiem nie dopuszcza ona do tego, aby ciałka krwi wychodziły z naczyń do tkanki nerwowej. Dopóki błona zewnętrzna naczyń jest prawidłowa, cała, dotąd nieznajdziemy, mówi autor, w tkance nerwowej ciałek krwi. Leukocyty w tkance nerwowej znajdują się tylko wtedy, gdy błona zewn. naczyń uległa schorzeniu i je przepuściła, np. w uszkodzeniu, w zakrzepie, w zatorze itd. Jeżeli tkanka nerwowa ulegnie zniszczeniu, a błona zewnętrzna naczyń jest zdrowa, wtedy buja neuroglia, — a nie mesodermalne twory. Neuroglia jest również ektodermalnego pochodzenia, mówi autor. Kto twierdzi, że neuroglia pochodzi z mezodermy, ten nie zrozumie znaczenia błony zewn. naczyń. Komórki Marschalka, znachodzące się poza naczyniami, nie mają, zdaniem mowcy, nic wspólnego z ciałkami krwi, chociaż są do nich podobne. Na podstawie tych wywodów o błonie zewnętrznej naczyń, jako narządu ściśle odgraniczającego twory ektood mesodermalnych, tudzież, jako nieprzepuszczającego w stanie fizyologicznym ciałek krwi do otoczenia, — przedstawia mowca podział spraw zapalnych w ośrodkowym układzie nerwowym na zamiejscowe i tubylcze (hetero- i autochtonne). Do pierwszych należy zapalenie błon mózgowych gruźlicze, kiłowe i mięsakowe, cechujące się naciekami ciałek krwi w tkance nerwowej, które przepuściła uszkodzona błona zewnętrzna naczyń; do drugich zalicza mowca zapalenie mózgu, które dzieli na ostre (zapalenie rdzenia pacierzowego i zapalenie korzeni przednich rdzenia) i przewlekłe (porażenie postępujące, wiąd rdzenia); w nich nacieków z ciałek krwionośnych w tkance nerwowej niema, gdyż zdrowa błona zewnętrzna ich nie przepuszcza. Ztąd też komórki Marschalka, — zdaniem mowcy, — nie pochodzą z naczyń krwionośnych. Wreszcie nadmienia Nissl, że jak

mu się zdaje, wiąd rdzenia jest schorzeniem odmiennem od porażenia postępującego.

XV. Dr. Willmanns (Heidelberg) mówi „O psychozach włóczęgów“. Według wykazów statystycznych — między włóczęgami jest zaledwie około 15% ludzi umysłowo zdrowych. Do najczęstszych psychoz, spotykanych wśród włóczęgów, należy niedołęstwo umysłowe wczesne. Tym przypadkom poświęcił autor swoje spostrzeżenia, a zwracał uwagę głównie na to, jak ta sprawa chorobowa wpłynęła na całe życie pacyentów i jak sama ona przebiegała. Mowca opiera się na zbadaniu 120 przypadków, przyczem badał gruntownie cały przebieg życia takiego osobnika; w tym celu odczytywał świadectwa szkolne, wojskowe, albo sądowe itd. itd., odnoszące się do pacyentów badanych. Pod tym względem dzieli autor włóczęgów, cierpiących na wczesne niedołęstwo umysłowe na 3 kategorye: 1) do pierwszej zalicza te przypadki, w których dotąd zdrowi pacyenci ulegli ostrym objawom wczesnego niedołęstwa umysłowego, po ustąpieniu których pozostał trwały defekt w organizacyi umysłowej. Zmiana ta, niedostrzegalna na pierwszy rzut oka, jest jednak wyraźną dla najbliższego otoczenia pacyenta, które tygodniami i miesiącami z nim przebywa. Defekt ten czyni pacyenta niezdolnym do prawidłowego życia społecznego. Pacyent spada coraz niżej, aż po latach 10—20—30 dostaje się do domu pracy, albo do więzienia. Jeżeli tu wystąpią znowu ostre objawy chorobowe, pacyent zostaje nareszcie umieszczony w zakładzie dla umysłowo chorych. 2) Do drugiej grupy zalicza mowca obłąkanych w wieku pokwitania (hebefrenia). Dotąd zdrowi, — zapadają w 16—20 roku życia, stają się cisi, nudni, niedorzeczni. Jedni z nich szybko dostają się do domów zarobkowych, gdzie często dostają zaburzeń ostrych. Inni znowu ulegają niezwykle powolnemu pogorszeniu; ta grupa nie jest dostatecznie znana. 3) Do trzeciej grupy należą osobniki, które już od dzieciństwa nie są prawidłowe; w szkole źle stoją i już od pierwszej młodości przebywają między domem poprawy, więzieniem a domem zarobkowym. Wystąpienie objawów ostrych, — omamów, podnieceń itd. zwraca dopiero uwagę na ich chorobę umysłową i dopiero wtedy zostają uznani za umysłowo chorych i dostawieni do zakładu dla obłąkanych. Mowca zwraca wreszcie uwagę na to, że niesłuszne jest twierdzenie niektórych, jakoby u tych osobników włóczęgostwo, częste więzienie itd. stawały się przyczyną choroby umysłowej. Jak to już z powyższego przedstawienia życia tych włóczęgów wynika, — rzecz się ma odwrotnie, choroba umysłowa właśnie jest główną przyczyną ich włóczęgostwa.

XVI. Dr. Kühne (Wienenthal) mówił „O nieporażennem zaburzeniu umysłowem obok wiądu rdzenia“. Jak wiadomo, toczy się spór o to, czy porażenie postępujące i wiąd rdzenia są schorzeniem identycznem.

Mowca sądzi, że nie należy wiądu i porażenia postępującego uważać za jedną i tę samą chorobę. Zdanie swe opiera prelegent na stwierdzeniu dwóch przypadków, które bliżej omawia, a w których przy istniejącem wiądzie rdzenia były objawy psychiczne, różne od tych, jakie spotykamy w porażeniu postępującem. Mianowicie przy istnieniu urojeń o charakterze prześladowczym nie było najmniejszych cech ogłupienia porażennego. Zdolność spostrzegawcza bardzo dobra, pamięć zupełnie prawidłowa, panowanie nad sobą i oryentowanie dobre, mowa bez zaburzeń. Przypadki te przez lat kilka były uważane za obłąkanie ogólne (paranoia).

XVII. Dr. Fauser (Stuttgart) opowiedział o urządzeniu oddziału psychiatrycznego przy szpitalu miejskim w Stuttgarcie, a jednocześnie oprowadził zebranych po zakładzie.

XVIII. Dr. Dietz (Stuttgart) przedstawia plany nowo budującego się zakładu dla obłąkanych w Weinsbergu — w Wirtembergii Na polecenie rządu specyalna komisya zwiedziła główniejsze nowożytne zakłady systemu pawilonowego i na podstawie tych informacyj ułożono plany nowo powstać mającego zakładu w Weinberg. Komisya przyszła do przekonania, że tak ze względów higienicznych, jak i terapeutycznych, najlepszy system budowy jest pawilonowy. Wobec korzyści, jakie system ten daje pod obu powyżej przytoczonymi względami, — małoznaczącym staje się wzgląd, że potrzebna jest liczniejsza usługa, również i obsługiwanie jest nieco utrudnione. Zakład w Weinsbergu planowany podług systemu pawilonowego, składać się będzie z 18 budynków przeznaczonych dla chorych, tudzież 10 zabudowań gospodarczych. Liczbę pacyentów, mających się pomieścić w zakładzie, obliczono na 500.

Budynki znajdują się w paru szeregach w kształcie półkoła, tak, że najekscentryczniej położone są zabudowania dla niespokojnych, więcej ku środkowi zaś dla „półniespokojnych“, które stanowią przejście do domów otwartych dla pacyentów zupełnie spokojnych, którzy będą zatrudniani rozmaitemi zajęciami. Nadto istnieje oddzielny lazaret dla obłąkanych cieleśnie chorych. Każdy z budynków otoczony jest ogrodem. Oddział żeński oddzielony jest od męzkiego zabudowaniami mieszkalnemi, przeznaczonemi dla lekarzy i zarządu. Budynki gospodarcze znajdują się w linii frontowej, ażeby dojazdy do nich nie zakłócały porządku i spokoju w zakładzie.

Zakład w Weinsbergu należeć będzie do najlepszych nowożytnych zakładów dla obłąkanych.

XI. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 5. lutego.

* X. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie w r. 1904. Termin X. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich, który, w myśl uchwały poprzedniego Zjazdu w Krakowie w r. 1900, miał się odbyć we Lwowie już w r. 1903, odłożony został przez Delegacyę Zjazdów w porozumieniu z Wydziałem gospodarczym na rok 1904, głownie z powodu, iż w roku 1903 odbywa się międzynarodowy Zjazd lekarski w Madrycie, a geologiczny w Wiedniu, a niedawno odbył się międzynarodowy Zjazd lekarzy w Kairze Bliższe szczegóły ogłoszone będą później. Wszelkich informacyi udziela już od dzisiaj Sekretaryat pod adresem: Lwów, Czarnieckiego, 3.

Wydział gospodarczy X. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie:

Prof. Dr. E. Machek, przewodniczący. *Prof. Dr. J. Zakrzewski*, zastępca przewodniczącego. *Prof. Dr. Sieradzki*, sekretarz.

* Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dnia wczorajszego posiedzenie nadzwyczajne, na którem, po demonstracyi chorego przez kol. Borzęckiego, odbył się odczyt kol. Majewskiego: »O utajonych zaburzeniach równowagi mięśni ocznych i sposobach ich wykrycia«.

* »Prawitielstwiennyj Wiestnik« (31—XII st. st.) donosi, że wydawca czasopisma »Lekarz«, Dr. H. Brunner, otrzymał pozwolenie na zamianę tego tygodnika na dwutygodnik. Drowi zaś Serkowskiemu w Łodzi, wydawcy »Czasopisma lekarskiego«, pozwoliła władza dołączać co miesiąc »dodatek«, poświęcony wszystkim gałęziom medycyny.

* Czytelnicy »Przeglądu« przypominają sobie, że czescy lekarze położyli wolność przemawiania we własnym języku za warunek swego udziału w państwowym Wiecu lekarzy rakuskich. Komitet organizacyjny wstawił do regulaminu wiecowego wolność zabierania głosu w języku narodowym, czem sobie zjednał ogólne uznanie. Tymczasem ku wielkiemu zdumieniu dowiedziano się, że uchwała ta stała się powodem wystąpienia Towarz. lekar. wiedeńskiego z organizacyi Związku towarzystw lekarskich, co zagraża rozbiciem jedności, a tem samem i doniosłości uchwał Wiecu. Czasopisma lekarskie niemieckie potępiają ten krok wiedeńskiego Towarzystwa lekarskiego, w którym szowinizm wziął przewagę nad interesem ogółu lekarskiego.

* Wiadomości osobiste. Rada miasta Lwowa mianowała lekarzem miejskim Dra Kunzeka, zaś Dra Jaszczurowskiego, lekarza miejskiego w X randze, — lekarzem miejskim w IX randze.

* Sprawozdanie biura statystycznego m. Krakowa. Tydzień II. (11—17—I). Ludność średnia roczna wynosi 95,925. W tygodniu sprawozdawczym zawarto małżeństw 23, urodziło się dzieci 64, zmarło osób 57, mianowicie: z gruźlicy 20 (11 zam.), z zapalenia płuc 7, z błonicy 1, z płonicy 5 (1 zam.), z cholery niemowląt 2.

* Między 21 a 27 stycznia doniesiono władzy o dwóch przypadkach ospy w powiecie cieszanowskim.

W tymże czasie stwierdzono dur osutkowy w m. Lwowie i w następujących powiatach Galicyi: dobromilskim (1 gm.), horodeńskim (2 gm.), jaworowskim (2 gm.), nadworniańskim (3 gm.), rawskim (1 gm.), skałackim (1 gm.), stryjskim (1 gm.), tarnopolskim (1 gm.), złoczowskim (1 gm.).

Mianowania i odznaczenia. Docenci: Hofmann i Perthes mianowani profesorami nadzwycz. w Lipsku. — Dr. Jaquet mianowany profesorem zwyczajnym farmakologii w Bazylei. Prof. nadzwyczajny farmakologii w Kazaniu Dr. Siergiejew, mianowany profesorem zwyczajnym.

Nekrologia. Dnia 27 stycznia b. r. zmarł w Stryju dzielny lekarz, nieoceniony kolega i nieskazitelny człowiek, Dr. Teodor Stahlberger.

Zmarły był synem znanego dyrektora gimnazyalnego w Krakowie. Prócz wiedzy zawodowej, posiadał wykształcenie wszechstronne; podróżując wiele, nabył zamiłowania do postępu umysłowego i upodobania do sztuk pięknych. W roku 1894, zostawszy prymaryuszem, a następnie dyrektorem szpitala powszechnego w Stryju, od razu postawił

ten zakład na stopie europejskiej, łożąc znaczne wkłady, w wielkiej części z własnych funduszów, na urządzenie w pojęciu nowoczesnem tak sali operacyjnej, jak i całego szpitala; z tego źródła otrzymał szpital stół operacyjny, sterylizator, przybory, narzędzia, książki itd. Staraniami swemi wyjednał nie jedno ulepszenie w tym zakładzie, jak np. wyasfaltowanie sali operacyjnej z odpowiednimi ściekami na zewnątrz, w celu łatwego spłókania posadzki po każdej operacyi; wyasfaltowanie korytarzy, urządzenie łazienek, rekonstrukcyę źle urządzonych wychodków; otrzymał też przyrzeczenie od Wydziału krajowego, iż pawilon dla chorób zakaźnych będzie wkrótce urządzony przy szpitalu Stryjskim; tego jednak, niestety, nie doczekał się, a tymczasem chorzy na gruźlicę, dur, ospę, błonicę itp. muszą się mieścić dla braku miejsca w jednej salce, wzajemnie się narażając na niebezpieczeństwo zakażenia. Jednem słowem, szpital był ukochanem dziecięciem ś. p. Dra Stahlbergera; to też wnet pozyskał zaufanie ogółu; chorzy cisnęli się do tego przybytku, ufni w opiekę jego kierownika. Zamiast 100 chorych, na którą to liczbę zakład był przeznaczony, pielęgnowano tam zimową porą po 140.

Jeszcze jedną ważną usługę oddawał społeczeństwu szpital stryjski pod przewodnictwem Dra Stahlbergera i asystenta jego Dra Czarneckiego: był prawdziwą szkołą dla młodszych kolegów w zawodzie chirurgicznym, którym lekarze szpitalni z całą uprzejmością pozwalali korzystać z licznego materyału, używając ich do asystencyi przy wszelkich operacyach. Tak ciężkie i trudne operacye, jak operacya wola, doszczętne operacye przepuklin, resekcye kiszek, operacye w jamie brzusznej itd. były tu wykonywane bardzo często i z pomyślnym wynikiem.

Od kilku lat był Dr. Stahlberger przewodniczącym Sekcyi stryjskiej Towarzystwa lekarzy galic. i na tem stanowisku niósł wysoko sztandar godności stanu lekarskiego. Zginął przedwcześnie wskutek ropnia około krtani, powstałego prawdopodobnie w następstwie zakażenia przy operacyi lub sekcyi. Tracheotomia, dokonana przez Radcę dworu prof. Rydygiera, niezdołała ocalić pożytecznego żywota.

Żył lat 42. Osierocił młodą żonę i czteroletnią córeczkę.

Niechaj ziemia będzie mu lekką. *Dr. Serkowski.*

Prof. Gessner, kierownik kliniki ginekol., zmarł w Erlandze, licząc lat 38. Dr. Bronisław Piźl, lekarz okręgowy, burmistrz m. Tartakowa, zasłużony obywatel, zmarł w 35 r. życia. Dr. Dyonizy Mołczkowski, lekarz z Halicza, zmarł w Ściance koło Złoczowa.

Bibliografia:

— *Czasopismo lekarskie* Nr. 1. Arnstein: Wrzekome zapalenie opon mózgowych w przebiegu zapalenia płuc u dziecka 3-letniego, zakończone wyzdrowieniem. Rząd: Przyczynek do leczenia kulszówki. Rajkowski: Przyczynek do wiadomości o »fuszerce leczniczej« u nas. Kędzierski: Uwagi z powodu artykułu Dr.Dunina: »W sprawie praktykowania wśród ludu wiejskiego». Wychowski: Uwagi nad artykułem Dr. Dunina (jak wyżej). Frankowski: Wzór małego zakładu kąpielowego dla ludności fabrycznej.

— *Kronika lekarska* Nr 2. Niedzielski: O mięsakach sutki. Dudrewicz: Powikłania spraw ropnych ucha środkowego (c. d.)

— *Zdrowie* Z. 2. Sokołowski: O poprawie losu suchotników, znajdujących się w szpitalach warszawskich. Erbrich: Badanie bakteryologiczne kart szpitalnych na obecność laseczników gruźliczych. Stolzman: Wynik badań chemiczno-bakteryologicznych powietrza sal szpitalnych.

— *Gazeta lekarska* Nr. 4. Krokiewicz: Stosowanie wstrzykiwań podskórnych zawiesiny mózgowej w przypadkach tężca urazowego. Szleifstein: Parafina jako środek leczniczo-kosmetyczny (dok.).

— *Medycyna* Nr. 4. Gutowski: Przyczynek do kazuistyki nosacizny ostrej u ludzi. Hallé i Motz: O gruźlicy cewki przedniej. Uwagi kliniczne.

— *Časopis lékařů českých* Nr. 4. Ostrčil. O rychlem rozšíření hrdla děložního za porodu, s poznamkou o zvláštním průběhu jednoho případu eklampsie. Plavec: Therapie prudké otravy fosforem (dok.). Hála: Bacillus chalazia a jeho poměr k bakteriím koryneovitým (dok.)

— *La Presse médicale* Nr. 7. Brock: Nauczanie dermatologii w Paryżu. Henriquez i Hallion: Nowe badania «sekretyny». Działanie na wątrobę.

— Nr. 8. Raymond: Nozologia postępującego zaniku mięśniowego. Bernard, Bigart i Labbé: Znaczenie lecytyny w czynności nadnercza i wydzielanie się jej przez ten narząd.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 4. Ewald: O durze atypowym. Berent. Etyologia kostno-stawowych zmian chorobowych. Binz: O wyskoku, jako środku leczniczym, na podstawie wyników badań w ostatniem dziesięcioleciu (dok.) Kyes i Sachs: Przyczynek do nauki o czynnej substancyi jadu okularnika (dok.).

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 5. Klein: Przyczynek do wiedzy o aglutyninach i pewnych precypitynach krwi. Wechsberg: O uodpornieniu bakteryi. Schur: O symptomatologii gruźlicy gruczołów chłonnych, przebiegającej z pozorami białaczki rzekomej. Kapsamer: Przyczynek kliniczny do nauki o guzach gruczołu krokowego.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 4. Heubner: Uwagi o nerce w przebiegu płonicy i błonicy. Lanz: Dalsze spostrzeżenie nad leczeniem surowicą choroby Basedowa. Möbius: O antytyreoidynie. Freund: Atypowa operacya mięśniaka. Pauli: O działaniu jonów i o ich zastosowaniu leczniczem. Gross: Kiłowe, włókniste zwężenie jelita i żołądka. Starek: Przyczynek do techniki sondowania przełyku. Hauenschild: Przypadek moczniczej ślepoty. Kompe: Kazuistyczne przyczynki do nauki o wrodzonych potwornościach. Meinhold: Dalszy przypadek hemoglobinuryi w ciąży.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 5. Garré: Przypadek istotnego obojnactwa. Wilms: Mechanizm strangulacyi jelit. Marx i Sticker: Dalsze poszukiwania nad złagodzeniem nabłoniaka przyrzutowego drobiu. Liepmann: O surowicy swoistej dla łożyska ludzkiego. Füth: Cukrzyca a operacye ginekologiczne (c. d.). Eitelberg: Symptomatologia ostrych spraw zapalnych w narządzie słuchowym. Heimann: Rozszerzenie przewodu łzowego u noworodka.

Redakcya otrzymała. Surzycki: O środkach nasercowych na podstawie własnych i obcych doświadczeń.

— Das Sanitätswesen in Bosnien und der Hercegowina (1878—1901). Presch: Die physikalisch-diätetische Therapie in der ärztlichen Praxis (Lieferung IV. Würzburg. A. Stuber's Verlag).

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę, d. 11. lutego, o godzinie 6-tej wieczorem, ***w sali wykładowej prof. Szajnochy***, posiedzenie nadzwyczajne, na którem kol. Dr. Borzęcki wygłosi odczyt: „Rzeżączka u mężczyzny, a pozwolenie żenienia się“

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

Główny skład dla Galicyi i Bukowiny: Perlberger Schenker Kraków, Grodzka 48
Pomiędzy naturalnémi wodami szczawowémi zajmuje Woda Krondorfska alkaliczna szczawa podług analiz naszych pierwszych powag jakościowo naczelne miejsce.

Do nabycia we wszystkich aptekach i składach wód mineralnych.
Woda Krościeńska ze zdroju Stefana
o bardzo korzystnym składzie chemicznym i nader miłym smaku, poleca się jako woda krajowa opiece i pamięci P. T. lekarzy polskich.
Zamówienia przyjmuje także Zarząd Zdrojowy w Krościenku nad Dunajcem.

HUNYADI JÁNOS
GORZKA WODA NATURALNA
NAJLEPSZY ŚRODEK CZYSZCZĄCY
ZWRACAĆ UWAGĘ NA FIRMĘ ANDREAS SAXLEHNER NA KAŻDEJ ETYKIECIE.